



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
NÚCLEO DE PESQUISA ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA PREVENÇÃO E SAÚDE COLETIVA
GRUPO VULNERABILIDADES E PROMOÇÃO DA SAÚDE

**ADOLESCÊNCIA E SEXUALIDADE: VULNERABILIDADE ÀS DSTS,
HIV/AIDS E A GRAVIDEZ EM ADOLESCENTES PARAIBANOS**

Karla Carolina Silveira Ribeiro

JOÃO PESSOA
FEVEREIRO / 2010

Karla Carolina Silveira Ribeiro

**ADOLESCÊNCIA E SEXUALIDADE: VULNERABILIDADE ÀS DSTS,
HIV/AIDS E A GRAVIDEZ EM ADOLESCENTES PARAIBANOS**

Dissertação submetida como
requisito para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia Social.

**Profa. Dra. Ana Alayde Werba Saldanha
(Orientadora)**

**JOÃO PESSOA-PB
FEVEREIRO/2010**

R484a Ribeiro, Karla Carolina Silveira.

Adolescência e sexualidade: vulnerabilidade às DSTS, HIV/AIDS e a gravidez em adolescentes paraibanos / Karla Carolina Silveira Ribeiro. - - João Pessoa: [s.n.], 2010.

151f. : il.

Orientador: Ana Alayde Werba Saldanha.

Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCHLA.

1. Psicologia social . 2. Gravidez-Adolescência . 3. Vulnerabilidade-

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
NÚCLEO DE PESQUISA ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA PREVENÇÃO E SAÚDE COLETIVA
GRUPO VULNERABILIDADES E PROMOÇÃO DA SAÚDE**

**ADOLESCÊNCIA E SEXUALIDADE: VULNERABILIDADE ÀS DSTS,
HIV/AIDS E A GRAVIDEZ EM ADOLESCENTES PARAIBANOS**

Autora: Karla Carolina Silveira Ribeiro

BANCA AVALIADORA

**Profª Drª Ana Alayde Werba Saldanha
(UFPB, Orientadora)**

**Profº Drº Eduardo Sergio Soares
(CCS/UFPB)**

**Profº Drº Natanael Antônio dos Santos
(UFPB)**

"Mais importante do que a ciência é o que ela produz.

Uma resposta produz uma centena de perguntas."

J. L. Moreno

Dedicatória

À Deus

Por ter me concedido a dádiva de fazer um mestrado e me capacitado para a realização desse trabalho.

À minha mãe Iris e ao meu irmão Manoel Humberto

Que sempre estiveram ao meu lado me enchendo de confiança e apoio, me possibilitando sempre ir em frente.

À minha irmã Katyara e meu Cunhado Demilton

Sem eles eu não teria vindo a João Pessoa e realizado o sonho de ser psicóloga, agradeço tremendamente a Deus pela vida dos dois e por terem sido instrumento de benção em minha vida.

À minha sobrinha Hadassa

Que se tornou um grande raio de luz que ilumina e alegra meus dias.

Agradecimentos

À Ana Alayde, que me ensinou o que é ser pesquisadora, me inspirou a sempre desejar o crescimento, compreendendo que é um processo coletivo e não individualista. Agradeço a ela pelo exemplo de mestre, no qual o aprendizado se realizada através de trocas e diálogos abertos, por meio do respeito às diferenças.

Às amizades criadas e cultivadas no núcleo de pesquisa Vulnerabilidades e Promoção da Saúde; faço minhas as palavras do poeta Vinícius de Moraes: “amigos a gente não faz, reconhece”.

Aos companheiros do mestrado com quem convivi neste período de aprendizagem, trocando e partilhando momentos de descontração e ansiedade. À Marina, com quem aprendi com sua espontaneidade, à Gleide, nosso super ego, que muitas vezes olhou para Marina e para mim dizendo: “Perderam uma grande oportunidade de ficar calada”. Ao Bruno, o show man, nos aproximamos e brotou uma bela e forte amizade. Conviver com vocês me fortaleceu e enriqueceu, não apenas em aprendizado, mas em humanidade.

À Josevânia, com quem não apenas convivi no mestrado, mas durante toda a graduação, obrigada pela determinação, força de vontade e entusiasmo que apresenta perante a vida, não se permitindo paralisar frente às adversidades, mas utilizá-las para formar seu caráter e fortalecer seus sonhos.

Ao grupo *vulnerabilidade* - Juliana, Lidiane, Edilane, Íria, Juliane e Marcela, aos voluntários, Celestino, Camila, Cássio, Isabelle e Pollyana - que se dispuseram a desbravar a Paraíba na coleta de dados. Viajamos de madrugada com malas pesadas, cheias de questionários e indagações, nos dispomos a passar semanas de cidade em cidade, dividindo espaço e experiência. Obrigada a todos pelas risadas, pelos diálogos, pelos almoços em rodoviárias e pela disponibilidade e vontade de ajudar. Este trabalho é fruto do esforço e competência de cada um de vocês.

Ao professor Natanael, meu professor na graduação, motivando através do comportamento ético e dedicado ao trabalho, me infundiu crenças e visões de mundo a partir do qual tomei a decisão de me guiar pelos conceitos da abordagem Cognitiva Comportamental. No mestrado, tive o imenso prazer dele ser meu leitor, o qual me possibilitou um olhar mais aguçado sobre meu trabalho.

Agradeço a Juventude PIB em Cabo Branco, principalmente à Cleide, Selma, Júnior, Janaíra, Sandrinha, David, Raquel, Ilsa, Poly, Camila e Catarine, que durante toda a minha estada em João Pessoa me confortaram e tiveram uma função de âncora na vivência da minha fé e desenvolvimento Espiritual.

Sumário

Lista de Tabela.....	3
Lista de Figuras	4
Lista de Abreviações	5
Resumo	6
Abstract.....	7
Apresentação	9
1. Capítulo I – Adolescência e Sexualidade: Uma abordagem Psicossocial	
1.1 Construção Social da Sexualidade: Uma visão Foucaultiana	13
1.2 Adolescência e a Construção do Gênero	22
1.3 Vulnerabilidades à DST, HIV e Gravidez na adolescência	32
2. Capítulo II – Referencial Teórico	
2.1 Teoria da Vulnerabilidade.....	39
2.2 Estilo de Vida.....	42
3. Capítulo III – Objetivos do Estudo	
3.1 Objetivo Geral.....	47
3.2 Objetivos Específicos	47
4. Capítulo IV – Método	
4.1 Características do Estudo	49
4.2 População e Amostra	49
4.3 Instrumentos.....	53
4.4 Procedimentos	54
4.5 Análises dos Dados	56
5. Capítulo V – Resultados e Discussões Parciais	
5.1 Perfil da Amostra.....	62
5.2 Prática Sexual	67
5.2.1 Iniciação Sexual	67
5.2.2 Fatores Determinantes para a Iniciação Sexual	71

5.3 Conhecimento dos Métodos Anticoncepcionais e de Proteção às DST's.....	83
5.3.1 Uso do preservativo.....	83
5.3.2 Métodos Anticoncepcionais	99
5.4 Vulnerabilidade à AIDS	114
5.4.1 Percepções de Vulnerabilidade	114
5.4.2 Informações	119
6. Capítulo VI – Considerações Finais	
6.1 Considerações	131
7. Capítulo VII – Referências Bibliográficas	
7.1 Referências	135

Anexos

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Unidade Amostral e Método de Seleção por Estágio	50
Tabela 2 – Mesorregiões, Microrregiões e Cidades do Estado da Paraíba	51
Tabela 3 – Variáveis Investigadas	53
Tabela 4 – Etapas do Procedimento de Análise de Conteúdo	56
Tabela 5 – Características Sócio-Demográficas da amostra segundo a Experiência Sexual e Porte das Cidades.....	63
Tabela 6 – Religiosidade e Iniciação Sexual	66
Tabela 7 – Classificação das Cidades, tendo como base a população total e a iniciação sexual.....	69
Tabela 8 – Concordância e Discordância dos Adolescentes acerca das Crenças sobre a Sexualidade.....	74
Tabela 9 – Ausência do Uso do Preservativo na Primeira e Última Relação Sexual e Uso em Todas as Relações Sexuais.....	84
Tabela 10 – Concordância sobre a dificuldade em convencer o parceiro a usar preservativo, segundo Gênero e porte das Cidades.....	96
Tabela 11 – Conhecimento dos Métodos Anticoncepcionais segundo Gênero e Porte das Cidades	99
Tabela 12 – Métodos Anticoncepcionais conhecidos pelos adolescentes	100
Tabela 13 – Gravidez e Aborto	109
Tabela 14 – Percepção de Vulnerabilidade à AIDS	114
Tabela 15 – Locus de Informações sobre AIDS citados pelos Adolescentes.....	120

Lista de Figuras

Figura 1 – Microrregiões do Estado da Paraíba	51
Figura 2 – Classificação das Cidades por Porte Geográfico	60
Figura 3 – Classes Temáticas e Categorias Emergentes dos Grupos de Discussão	61

Lista de Abreviações

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCAP - Pesquisa de Comportamento, Atitudes e Práticas da População Brasileira

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

RESUMO

Partindo do pressuposto de que as concepções conferidas à sexualidade têm papel decisivo no comportamento dos adolescentes, fez-se uso da perspectiva foucaultiana com o objetivo de identificar as características e analisar as possíveis associações entre a gravidez na adolescência e as DSTs/AIDS às situações de vulnerabilidade de adolescentes residentes no Estado da Paraíba. A amostra foi composta por 8.741 adolescentes, sendo 62 % do sexo feminino, na faixa etária de 12 a 20 anos (média de 16 anos), matriculados em escolas públicas de 34 cidades classificados pelo porte demográfico de acordo com os indicadores sociais municipais. Como instrumento foi utilizado um questionário estruturado auto-aplicável e a técnica de grupo de discussão focal. Para análise dos dados quantitativos, utilizou-se de estatística descritiva, com a utilização de medidas de posição e de variabilidade, além da realização de testes bivariados. A análise dos conteúdos dos grupos foi realizada com base em Categorias determinadas a partir dos temas suscitados. A partir dos resultados, emergiram três categorias temáticas. A primeira denominada Prática Sexual (sub-categorias: Iniciação Sexual e Fatores Determinantes); a segunda denominada Prevenção (sub-categorias: Uso de Preservativo e Métodos Anticoncepcionais); e a terceira categoria, Vulnerabilidade à AIDS (sub-categorias: Percepção de Vulnerabilidade e Informações). No que se refere à Prática Sexual, 2.732 participantes declaram ter vida sexual ativa (31%), com iniciação aos 15,6 anos para o sexo feminino e aos 14,6 anos para o masculino, com diferença estatisticamente significativa em relação ao sexo (64% masculino - $p < 0,001$) e porte das cidades (menor índice em cidades de médio porte). A diferenciação de gênero também se manteve em relação ao primeiro parceiro sexual, principalmente em relação à idade (média de 21 anos para o feminino e 16 anos para o masculino - $p < 0,05$), justificado pela maior experiência, responsabilidade, principalmente no caso de uma gravidez indesejada. Como fatores que predispoem à iniciação sexual precoce, foram citados: a influência dos pares, da mídia, as crenças e normas culturais e, o uso de álcool. Na segunda categoria, Prevenção, o uso assistemático do preservativo foi relacionado à inexperiência, a existência de crenças negativas, a imprevisibilidade do ato, a dificuldade de obtenção ou acesso, falta de informações e tipo de vínculo afetivo. Apenas 59% dos adolescentes afirmaram possuir algum conhecimento dos métodos contraceptivos, destacando-se o preservativo masculino (43%) e a pílula (33%), e o maior conhecimento pelas adolescentes (80%). Foi relatada a ocorrência de 195 casos de gravidez e 75 casos de aborto. Os motivos que levam a gravidez na adolescência é o descuido, dificuldade no acesso ao anticoncepcional e a garantia da manutenção do relacionamento. Na categoria Vulnerabilidade à AIDS, 83% dos adolescentes que já tiveram relação sexual não se percebem vulneráveis e 15% do total relataram não receber informações sobre o HIV/AIDS. Como fontes de informação foram citadas a escola (59%), família (22%), mídia (18%) e profissionais de saúde (16%), este último com maior percentual para o feminino e na zona rural. Conclui-se que os discursos sociais normalizantes, principalmente vinculados aos papéis de gênero, demarcam crenças e comportamentos nesta fase da vida, provocando maior dificuldade feminina na prevenção. Observou-se também que as informações repassadas a essa população ainda se apresentam de forma biológica e moralista, colocando em pauta a necessidade de intervenções que abordem as crenças e normas assumidas por essa população.

Palavras Chaves: AIDS; Gravidez; Adolescência; Vulnerabilidade

ABSTRAT

Based on the conception that beliefs concerning sexuality play an important role in the behavior of adolescents, it was used the Foucault's perspective in order to identify the characteristics and analyze the possible associations among the pregnancy in the adolescence, the STDs/AIDS, and the situations of vulnerability of adolescents who live in the state of Paraíba. The sample comprised 8.741 adolescents, been 62% female, in the age range of 12 to 20 years old (average of 16 years old), enrolled in public schools of 34 cities classified based on the demographic size according to the city social indicators. It was used a self-report structured questionnaire and the group technique of focal discussion. In order to analyze the quantitative date, it was used descriptive statistics, been used position and variability measures, besides it, it was performed bivariate tests. The analysis of the group's content was performed based on Categories which were determined based on the emerged themes. According to the results, three thematic categories have emerged. The first, which was denominated Sexual Practice (sub-categories: Sexual Initiation and Determinant Factors); the second was denominated Prevention (sub-categories: The Use of Condom and Contraceptive Methods); and the third category, Vulnerability to AIDS (sub-categories: Perception of Vulnerability and Information). Concerning to the Sexual Practice, 2.732 participants declared have an active sexual life (31%), with initiation in 15,6 years old to the women and 14,6 years old to men, with significant statistical difference in relation to the sex (64% male – $p < 0,001$) and the size of the cities (minor indices in medium size cities). The differentiation of gender was also obtained in relation to the first sexual partner, mainly related to the age (average of 21 years old to women and 16 years old to men – $p < 0,05$), been justified by the higher experience, responsibility, especially in the case of an undesired pregnancy. As factors which predispose to precocious sexual initiation, it was mentioned: the influence of couples, of media, the beliefs and cultural norms, and the use of alcohol. In the second category, Prevention, the nonsystematic use of condom was related to the inexperience, to the existence of negative beliefs, to the unpredictability of the action, to the difficult of obtainment and access, to the lack of information and sort of affective relationship. Only 59% of the adolescents declared to have some knowledge about contraceptive methods, been highlighted the male condom (43%) and the pill (33%), and the major knowledge by the female adolescents (80%). It was described the occurrence of 195 cases of pregnancy and 75 cases of abort. The reasons which led the pregnancy in adolescents are the lack of care, difficulty in the access to the contraceptive method and the guarantee of continuation of the relationship. In the category Vulnerability to AIDS, 83% of the adolescents who had already sexual relations did not think themselves as vulnerable and 15% of the total declared not receive information concerning HIV/AIDS. As sources of information were mentioned school (59%), family (22%), media (18%), and health professionals (16%); this last source with a higher percentage to the women and in the rural area. It is concluded that the normative social speech, mainly associated to the gender roles, reveal beliefs and behaviors in this stage of life, causing more female difficulty to the prevention. It was

also observed that the information passed to this population still are presented as biological and moralist, putting in evidence the necessity of interventions which comprises beliefs and norms assumed by this population.

Keywords: AIDS; Pregnancy; Adolescence; Vulnerability.

Apresentação

Esta pesquisa faz parte de um projeto maior, intitulado *Situações de Vulnerabilidade à Gravidez na Adolescência: Estilo de Vida e Comportamentos de Risco de Adolescentes Paraibanas*, aprovado e financiado pelo CNPq e Ministério da Saúde (Proc. 551215/2007-0), com o apoio da Secretária de Educação da Paraíba. Tem como objetivo identificar as características e analisar as possíveis associações entre a gravidez na adolescência e as situações de vulnerabilidade em amostra representativa de adolescentes femininas estudantes do ensino público do Estado da Paraíba, buscando a compreensão de fenômenos relacionados com a implementação de medidas promocionais.

A adolescência é uma categoria sociocultural, historicamente construída a partir de critérios múltiplos que abrangem a dimensão bio-psicológica, a cronológica e a social. Ser adolescente é viver uma fase em que múltiplas mudanças acontecem e se refletem no corpo físico, aumentando as habilidades psicomotoras e atuação dos hormônios, levando a mudanças radicais de forma e expressão e, especificamente, ocorre à iniciação sexual (Ferreira, Alvim, Teixeira & Veloso, 2007).

A prevenção é um tema importante, especialmente na adolescência, considerando a relevância social conferida pela ocorrência de gravidez nessa faixa etária e pela possibilidade de exposição às doenças sexualmente transmissíveis (DST) e AIDs. O conhecimento sobre os métodos contraceptivos e os riscos advindos de relações sexuais desprotegidas é fundamental para que os adolescentes possam vivenciar o sexo de maneira adequada e saudável, assegurando a prevenção da gravidez indesejada e das DST/AIDs, além de ser um direito que possibilita cada vez mais, ao ser humano, o exercício da sexualidade desvinculado da procriação.

Os motivos pelos quais as adolescentes engravidam ou se contaminam com uma DST/HIV são diversos, destacando-se a falta de informação, fatores sociais, falta de acesso a serviços específicos para atender essa faixa etária, o início cada vez mais precoce de experiências sexuais e a insegurança do adolescente em utilizar métodos contraceptivos (Azevedo, 2007). Além do início da atividade sexual precoce, os jovens, na maioria das vezes, iniciam a vida sexual sem proteger-se, expondo-se à gravidez não planejada e às doenças sexualmente transmissíveis. Estudo realizado na cidade de João Pessoa, Paraíba, por Azevedo (2007), indica que a média de idade para a iniciação sexual é de 14 anos, ocorrendo, geralmente com parceiro também adolescente (média de idade de 16 anos), dos quais 43% (N= 171) relataram não ter feito uso do preservativo na primeira relação sexual.

Dados deste mesmo estudo relatam que 31% dos adolescentes afirmaram não utilizar preservativo durante as relações sexuais, sendo visto como símbolo de infidelidade ou desconfiança, para ser utilizado apenas em relacionamentos com parceiros “não conhecidos”, ou ainda como obstáculo ao prazer sexual pleno (Azevedo, 2007). Sendo assim, o preservativo é usado com relativa frequência entre eles quando se trata de parceria eventual ou relacionado às práticas anticoncepcionais e a não utilização é justificada pelo “conhecimento” e “confiança” no parceiro. Deve-se destacar também a baixa frequência com que os preservativos são comprados, tanto pelas entrevistadas quanto por seus parceiros (Sanches, 1999; Paiva, 2002; Saldanha, 2003)

Destacam-se como consequências imediatas da gravidez não planejada o aborto clandestino, a falta de cuidados pré-natais, a desestruturação pessoal e familiar, a adoção e o abandono. Entre as complicações da gestação na adolescência, encontram o abortamento, anemia, distócias de parto e hipertensão arterial específica da gravidez. Dentre estas, o abortamento se destaca como uma complicação que pode resultar não

apenas em consequências físicas como também psicológicas (Vieira, Goldberg, Saes & Doria, 2007). Neste sentido também pode-se destacar o avanço das doenças sexualmente transmissíveis em jovens de 15 á 25 anos, tendo em vista as características socioculturais que abrangem essa população, entre elas, à iniciação sexual, à dificuldade de utilizar preservativos, os relacionamentos casuais e as diferenças de gênero neste processo (Gonçalves, 2005).

Nesse contexto, o levantamento dessas informações, realizado de forma adequada, é extremamente importante, pois além de possibilitar a identificação de adolescentes que apresentam comportamentos de risco à saúde, poderá subsidiar a implantação de programas de promoção da saúde em âmbito escolar e populacional, bem como servir como mecanismo de monitorização das características dos comportamentos de risco à saúde e de avaliação de possíveis ações intervencionistas que venham a ser desenvolvidas.

Este estudo está dividido em sete capítulos. O primeiro dá ênfase aos conceitos de adolescência, sexualidade e diferenças de gênero, vinculada à visão Foucaultiana, e suas correlações com as vulnerabilidades, as DST's/HIV e gravidez, tendo como principal enfoque as construções sociais destes fenômenos. No segundo capítulo, são abordados a Teoria da Vulnerabilidade e o Construto do Estilo de Vida, e suas implicações para compreensão dos fatores presentes que levam os indivíduos a comportamentos que favorecem o adoecimento. O terceiro e o quarto capítulos abordam, respectivamente, os objetivos do estudo e os métodos utilizados para alcançar os mesmos. O quinto capítulo apresenta os resultados e as discussões dos dados encontrados e analisados. O sexto capítulo traz as considerações finais da pesquisa. E por fim, o último capítulo apresenta as referências bibliográficas.

CAPÍTULO I

ADOLESCÊNCIA E SEXUALIDADE:

UMA ABORDAGEM PSICOSSOCIAL

1.1 - Construção Social da Sexualidade: Uma visão Foucaultiana

O termo sexualidade, criado no século XIX, representa um conjunto de valores e práticas corporais culturalmente legitimados na história da humanidade. Mais do que pertinente à atividade sexual e sua dimensão biológica, ele diz respeito a uma dimensão íntima e relacional, que compõe a subjetividade das pessoas (Heilborn, 1999). Corroborando com essa visão, Mandu (2001) ressalta que a sexualidade aborda aspectos físicos, psico-emocionais e sócio-culturais relativos à percepção e controle do corpo, ao exercício do prazer/ desprazer, valores e comportamentos em processos afetivos e sexuais, que busca sua maior afirmação na adolescência enquanto que a reprodução humana é tida como uma dimensão referente ao processo biológico e psicossocial de geração de novos seres, regulação da fecundidade, valorização dessas experiências.

O indivíduo é constituído por um corpo biológico, vive atormentado por impulsos e vai se constituindo na relação com os outros. As formas de expressar a sexualidade estão relacionadas com esta realidade (Araujo & Calazans, 2007). Várias influências e fatores determinam a maneira como se expressa o desejo humano, este se caracteriza por sua multiplicidade de formas. Em cada indivíduo, há uma plasticidade desse desejo, algumas formas são descritas como normais, pelas normas sociais, outras são vistas como vergonhosas. Assim sendo, a forma que o sujeito lida com seu desejo está relacionado com o contexto cultural em que está inserido, que valoriza algumas práticas e maneiras de viver a sexualidade e rechaçam outras (Araujo & Calazans, 2007).

Reconhecer a sexualidade como construção social, segundo Figueiredo (1998), é referenciar que as práticas e desejos são também construídos culturalmente, dependendo da diversidade de povos, crenças e costumes existentes; mesmo quando integrados em um só país, como ocorre no Brasil. Isso envolve a necessidade de questionamento de

idéias presentes na mídia, em condutas idealizadas, que são *naturalizadas*, e, assim, generalizadas para todos os grupos sociais, independentemente de suas procedências e localização.

Partindo da ótica social, percebemos que o discurso sobre a sexualidade representou para cada período uma referência singular. Nos primórdios da civilização, segundo Engels (1974), as atividades sexuais eram livres entre homens e mulheres, os filhos descendiam da linhagem materna e os grupos familiares formavam os clãs. Com o acúmulo de riquezas desses grupos e as propriedades privadas, o relacionamento sexual passou a ser atividade exercida por um casal, para que seus filhos legítimos pudessem herdar os bens desse clã (Cano, Ferriane & Gomes, 2000). Os casamentos foram se tornando monogâmicos e as famílias se organizaram dentro do sistema patriarcal, com linhagem sanguínea paterna.

A sociedade ocidental tem suas raízes entre o povo hebreu, de quem foram herdados os princípios morais, legais e religiosos. Os hebreus adotavam a forma patriarcal de casamento e o consideravam de cunho divino, nesta visão era exigido que a mulher se mantivesse virgem até o casamento e a castidade era exaltada (Costa, 1986). Dentro da concepção religiosa, a sexualidade é saturada de tabus que afetam a maneira de se encarar a mesma, e o primeiro deles refere-se ao pecado, a partir do qual, tudo o que diz respeito ao relacionamento sexual está ligado a um sentimento de vergonha (Cabral, 1995).

Assim sendo, a sexualidade foi fortemente influenciada pelas idéias cristãs, culturais, políticas e econômicas, demonstrando uma diferenciação de gênero quanto à forma que é permitida e apreciada pelo contexto cultural (Cano et al., 2000). Tendo em vista esta construção histórica da sexualidade e seu desenvolvimento, e os vários discursos a ela cabíveis, torna pertinente discuti-la através dos preceitos foucaultianos,

principalmente no que refere o conceito de poder e a relação com a sexualidade. Para Foucault, o poder não pertence a uma instituição, nem indivíduo, ele é um efeito do discurso, que pode produzir um saber particular que traz consigo poder. Mudanças na natureza da sociedade trouxeram consigo práticas sociais que permitiram a emergência de certos discursos/saberes, portanto esses discursos produziram o indivíduo da sociedade contemporânea, esses saberes controlam eficazmente a sociedade, sem utilizar poder punitivo, sendo designado como poder disciplinar (Foucault, 2006).

“Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua ‘política geral’ de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como seleciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro” (Foucault, 2006, p.12).

Em determinado momento histórico, a partir de contextos específicos, surgem discursos e práticas que visam responder às demandas sociais, políticas ou morais, o que é descrito como dispositivo da sexualidade, através dos quais a sexualidade é produzida e regida, bem como, o sexo (ato sexual) disciplinado (Foucault, 1997). Ainda segundo o autor, existem três dispositivos que demarcaram os discursos sobre a sexualidade: a religião, o estado e a medicina, tendo a pedagogia como aliada, reafirmando essas verdades as novas massas de sujeitos, crianças e jovens, que estão sendo inseridos na sociedade. Para cada discurso, percebemos características peculiares e definidas, que têm como foco o próprio período histórico aí acentuado. Pode-se definir o fim do século XVI e início do século XVII, como o primórdio da incitação dos discursos ditos “repressivos”, próprios das sociedades ditas burguesas (Foucault, 1997). Corroborando com essa premissa, Costa (1986) relata que a partir do século XVI, as normas, os

valores cristãos e as necessidades do Estado foram enquadrando a sexualidade, iniciando-se o processo de modernização da sociedade e a ascensão da burguesia, aliando as influências da Igreja e dos moralistas no controle da vida social. Neste sentido, podemos perceber que a partir do fim do século XVI, a “colocação do sexo em discurso”, em vez de sofrer um processo de restrição, foi, ao contrário, submetida a um mecanismo de crescente incitação; trata-se de determinar, em seu funcionamento e em suas razões de ser, o regime de poder-saber-prazer que sustenta o discurso sobre a sexualidade humana. Porém, neste processo, as técnicas de poder exercidas sobre o sexo não obedeceram a um princípio de seleção rigorosa, mas ao contrário, de disseminação e implantação das sexualidades polimorfas e que a vontade de saber não se detém diante de um tabu irrevogável, mas se obstinou em construir uma ciência da sexualidade (Foucault, 1997).

No final do século XVI e início do XVII, quando vigora um domínio da igreja na sociedade, com a evolução da pastoral católica e do sacramento da confissão, a partir do Concílio de Trento, atribuiu-se cada vez mais importância a penitência a todas as insinuações da carne: pensamentos, desejos, imaginações voluptuosas, deleites, movimentos simultâneos da alma e do corpo, tudo isso entrou em detalhe no jogo da confissão e da direção espiritual. Neste processo se vincula a idéia do ascetismo, doutrina religiosa que se baseia no desprezo do corpo e das sensações corporais e que por meio de orações, estudos, meditações, mortificações, confissões e penitências, tende a assegurar o triunfo do espírito sobre os instintos e as paixões (Foucault, 1997).

Este projeto de uma “colocação do sexo em discurso” formara-se há muito tempo, numa tradição ascética e monástica, fazendo dele uma regra para todos. A pastoral cristã inscreveu como dever fundamental, a tarefa de fazer passar tudo o que se relaciona com o sexo pelo crivo interminável da palavra, como também a interdição de certas palavras,

a decência das expressões, todas as censuras do vocabulário poderiam muito bem ser apenas dispositivos secundários com relação a essa grande sujeição: maneiras de torná-la moralmente aceitável e tecnicamente útil. Neste processo, todos os fatores e relacionamentos ditos “carnais” se inscrevem na ótica do pecado e do interdito, cabe a todos os cristãos vigiar cada pensamento e comportamento inserido nesta prática (Foucault, 1997).

No século XVIII, segundo Foucault (1997), houve também uma proliferação de discursos sobre sexo, que o próprio poder incitou, através de instituições como a Igreja, a escola, a família, o consultório médico. Essas instituições não visavam proibir ou reduzir a prática sexual; visavam, sim, o controle do indivíduo e da população. A explosão discursiva sobre sexo veio acompanhada de uma depuração do vocabulário sobre sexo autorizado, assim como de uma definição de onde e de quando podia se falar dele. Regiões de silêncio e discrição foram estabelecidas entre pais e filhos, educadores e alunos, patrões e serviçais, procurou-se vigiar as crianças e os jovens, observando literalmente suas práticas.

Um dos grandes pontos centrais do século XVIII foi o surgimento da “população” como problema político e econômico, os governos perceberam que tinham que lidar com situações específicas e suas variáveis próprias: natalidade, morbilidade, esperança de vida, fecundidade, estado de saúde, incidência de doenças, formas de alimentação e de habitat. Dentro deste contexto era preciso analisar o sexo, isto é a taxa de natalidade, a precocidade e a frequência das relações sexuais, a maneira de torná-las fecunda, a idade do casamento, os nascimentos legítimos e ilegítimos. Frente a essas constatações, os discursos sobre a sexualidade se diferenciam, passa das lamentações rituais sobre a libertinagem estéril, dos celibatos e dos libertinos, para um discurso onde a conduta sexual da população é tomada, ao mesmo tempo como objeto de análise e alvo de

intervenção; ou seja, através da economia política da população forma-se toda uma teia de observações sobre o sexo, aparecendo as campanhas sistemáticas que, à margem dos meios tradicionais tentam fazer do comportamento sexual dos casais uma conduta econômica e política deliberada (Foucault, 1997).

Esses novos focos de discursos surgidos no século XVIII transcorreram para a cristalização de uma nova conduta, o amor romântico. Corroborando com esses dados, Giddens (1993) vincula o amor romântico com a idéia de liberdade para a busca do parceiro ideal, considerado um aspecto desejável no matrimônio, suscitando a questão de compartilhar e de intimidade do casal. Neste processo, o sexo se une ao amor e começa a fazer parte do casamento, dada a possibilidade de escolha do parceiro. Durante muitas décadas, o amor romântico manteve-se associado ao casamento e à maternidade, reforçando a idéia de que o verdadeiro amor uma vez encontrado é para sempre (Saldanha, 2003).

Dentro dessa ótica, surge com maior firmeza o discurso da Aliança, inserindo de forma abrangente a sexualidade dentro do matrimônio, e ridicularizando as que aí não se enquadra (Foucault, 1997). Desta forma, experimentar a realização sob o modo do amor romântico era uma obrigação cultural, que se sustentava na repressão da sexualidade feminina, na crença da *natureza* do homem, na desigualdade social entre homens e mulheres, na firmeza dos afetos familiares, na importância do convívio doméstico, nos preconceitos da moralidade burguesa, no agudo sentimento de responsabilidade para com o futuro dos filhos e dos ascendentes, etc. (Saldanha, 2003). Assim, o amor romântico, quando se estabilizou como norma de conduta emocional, respondeu aos anseios de autonomia e felicidade pessoais, transformando-se em um elemento de equilíbrio indispensável. E, ainda hoje, o amor é mantido como um ideal de felicidade, orientador de conduta, repercutindo no agir moral. Neste ponto, juntamente com

preceitos cristão de dominação masculina, cria-se o ponto central da diferenciação e delimitação da conduta entre homens e mulheres, a valorização dos primeiros como seres ativos e dominantes e, conseqüentemente, a visão da feminilidade como passiva e dominada.

A partir do século XVIII e XIX, surge também o foco na medicina e os programas de eugenia - ciência que estuda as condições mais favoráveis à reprodução e o aperfeiçoamento da raça humana -, suscitando um novo discurso sobre o sexo por intermédio das doenças dos nervos e, posteriormente com a psiquiatria, quando se começa a procurar ao lado das práticas sexuais extravagantes, depois do onanismo, mas tarde da insatisfação e dos dolos contra a procriação, a classificação das doenças mentais e patologias anexando ao seu domínio exclusivamente, o conjunto das perversões sexuais (Foucault, 1997).

Neste contexto, a medicina penetrou com grande aparato nos prazeres do casal, criando toda uma patologia orgânica, funcional ou mental, originada nas práticas sexuais “incompletas”; classificou como desvelo todas as formas de prazeres anexos, como a sodomia, masturbação, jogos de prazer e tantas outras formas; integrou-os ao desenvolvimento e perturbações do instinto, fixando a linha divisória entre o lícito e o ilícito, possibilitando o surgimento de sujeitos desviantes das regras, dos interditos da sociedade, perseguidos pela lei, mas nem sempre encerrados, talvez doentes, que através do século carregam sucessivamente o estigma da loucura moral, da neurose genital, da aberração ou do desequilíbrio psíquico. Neste processo, ocorre a histerização do corpo da mulher, saturado de sexualidade e integrado, sob o efeito de uma patologia que lhe seria intrínseca as práticas médicas (Foucault, 1997). Porém, deve-se considerar que os discursos aqui descritos coexistem, o surgimento de um não significa o aniquilamento

do outro, porém que um se encontra mais configurado com uma dada realidade, entretanto cada um se reafirma pela conformação do anterior.

Nesta conjuntura, podemos redefinir a sexualidade como o modo pelo qual os indivíduos são levados a dar sentido e valor à sua conduta, seus deveres, prazeres, sentimentos, sensações e sonhos. A sexualidade passa a ser descrita no campo da experiência, que se correlaciona numa cultura, entre campos de saber, tipos de normalidade e formas de subjetividade (Foucault, 1997). Partindo dessa perspectiva ao se fazer da sexualidade um invariante, supondo que ela assume nas suas manifestações configurações historicamente singulares e crendo que sofre o efeito de mecanismos diversos de repressão a que ela se encontra exposta em toda a sociedade, coloca-se de fora do campo histórico o desejo e o sujeito do desejo, fazendo com que a forma geral da interdição dê contas do que pode haver de histórico na sexualidade (Foucault, 1994).

Para abarcar o sujeito do desejo dentro dos discursos sobre as sexualidades e suas verdades, deve-se compreender o conceito de moral e a substância ética do indivíduo dentro da mesma. A moral pode ser descrita como o conjunto de valores e regras de ação proposta aos indivíduos e aos grupos por intermédio de aparelhos prescritivos diversos, como a família, as instituições educativas, a igreja, o estado, entre outros; porém, deve-se analisar o comportamento real dos indivíduos em relação às regras e valores que lhe são propostas: designa-se assim, a maneira pela qual eles se submetem mais ou menos completamente a um princípio de conduta, pela qual eles respeitam ou negligenciam um conjunto de valores. A determinação da substância ética pode ser descrita como a maneira pela qual o indivíduo deve constituir tal parte dele mesmo, como matéria principal de sua conduta moral, isto se realiza através da locomoção e experimentação do sujeito dentro das várias alternativas transcritas na sociedade, tendo em vista o seu grupo de pertença e os códigos morais vigentes no quadro social e no

grupo. Assim sendo, existem diferenças possíveis nas formas de elaboração do trabalho ético que se efetua sobre si mesmo, não somente para tornar seu próprio comportamento conforme uma regra dada, mas também para tentar se transformar a si mesmo em sujeito moral de sua própria conduta, o que leva indivíduos de um mesmo contexto social se diferenciar em suas atitudes e condutas (Foucault, 1994).

Embora a civilização tenha, nos últimos séculos, vivido alguns momentos de maior liberalidade, essa visão distorcida da sexualidade foi à tônica principal, mantida durante todos os séculos em que ela vem se cristalizando (Cano, et al., 2000). No século XX, mesmo nos momentos de mais liberdade, movimento *beat*, o qual representava uma contestação dos jovens ao modelo social vigente, o exercício pleno da sexualidade sempre foi apanágio das pessoas adultas, que vêem com maus olhos a sexualidade dos adolescentes e ridicularizam as manifestações sexuais da terceira idade, pois os primeiros, mesmo possuindo o amadurecimento biológico, não se encontram no amadurecimento psicológico e os segundos não podem mais produzir descendentes para a sociedade (Cano et al., 2000).

A partir do exposto, podemos referenciar que a sexualidade é perpassada por esquemas de classificação, fundados na oposição e hierarquização entre masculino/feminino, a partir da oposição entre ativo/passivo, o que estabelece uma ligação entre sexualidade e dominação e, neste contexto, as imagens, o vocabulário e os significados mobilizados em cada sociedade para evocar as relações sexuais, são utilizados para dizer igualmente a dominação de um dos sexos em geral (Bozon, 1999). Entender esta relação como fundadas em categorizações presentes em toda a ordem social, permite compreender a relação entre sexualidade e poder. A sexualidade, longe de ser uma possessão da natureza é considerada aqui como um fato social enquanto condutas, como fundadora da identidade e como domínio a ser explorado

cientificamente (Bozon & Giami, 1999). Vários estudos sobre sexualidade, segundo Conceição (1988), foram iniciados mostrando que a sociedade vigente desvinculava o sexo da natureza humana. O homem, apesar de acreditar no seu direito de buscar o prazer e o seu exercício pleno, viveu em conflito entre esses ideais de liberdade e uma educação sexual rígida da qual é fruto.

1.2 - Adolescência e a Construção do Gênero

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1986), a adolescência é um período da vida, que começa aos 10 e vai até os 19 anos. Entretanto, o Estatuto da Criança e do Adolescente, como base no art. 2, Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, descreve que essa fase se inicia aos 12 e vai até os 18 anos, onde acontecem diversas mudanças físicas, psicológicas e comportamentais.

A adolescência é um período vigorosamente marcado por processos psicobiológicos, entretanto, esta fase não deve ser limitada como um conjunto de fenômenos universais implicados no crescimento e desenvolvimento somático-mental, uma vez que as transformações pelas quais passam os adolescentes também resultam de processos inerentes aos contextos sociais (históricos, políticos e econômicos) nos quais os adolescentes estão imersos (Ramos, 2001). Assim sendo, a adolescência varia de cultura para cultura, dependendo do período histórico e características sócio-econômicas.

Nas sociedades ocidentais, a adolescência, figura do século XIX e do início do século XX, teve na escola e no exército seus elementos concretos de formação. De maneira mais precisa, foi através da observação das experiências dessas duas instituições que a sociedade moderna pode compor uma nova realidade psicológica, a adolescência (Reis & Zioni, 1993). Com a esfera do trabalho mais densa e as relações

sociais mais sofisticadas, sobretudo a partir do final do século XIX, a adolescência e a juventude passam a se caracterizar como momentos de socialização e de preparação para o ingresso na esfera da produção. Essa preparação passa a acontecer em instituições especializadas, as escolas, e faz com que o ingresso no mundo do trabalho e o momento de ter filhos sejam adiados (Abramo, 2005).

Esse momento de preparação e socialização cria um descompasso, de um lado, os adolescentes já têm a capacidade física para produzir filhos, de outro, afirma-se que eles ainda não têm maturidade emocional e social para isso. Segundo Silva e Abramovay (2007), a adolescência é o momento em que a experimentação da sexualidade vai possibilitar uma estruturação de sua identidade, assim, preconceitos e crenças e as relações de gênero organizam as possibilidades sexuais-afetivas dos jovens. Fatos estes que ajudam a compreender o porquê das noções modernas de adolescência aparecerem como períodos de interregno, de ambigüidade, de tensão potencial (Abramo, 2005).

Adolescer, palavra derivada do latim *adolescere*, significa crescer, desenvolver, atingir a adolescência, sendo neste período que ocorre a passagem da infância para vida adulta (Fonseca, 2001). Assim, a adolescência passa a ser descrita em nossa sociedade como o momento do ciclo da vida de transição entre a heterônoma da infância e a completa autonomia da vida adulta, em tese. A singularidade da experiência do púbere se dá por ser a fase da vida em que se busca essa autonomia, marcada tanto por uma atitude de experimentação, quanto pela construção da identidade pessoal e coletiva (Sposito, 2005). A adolescência é, portanto, uma fase onde há bastantes conflitos, uma etapa de desorganização e instabilidade emocional, caracterizada pelos processos sociais, biológicos e psíquicos, ao qual a criança, que adentra a juventude, está destinada (Zugliani, Motti & Castanho, 2007).

A adolescência, na visão clássica, é entendida como uma classe social gerada pelas tonalidades inerentes à crise do sistema (Foraccchi, 1972). Estudos contemporâneos reafirmam seus excessos comportamentais como motores da construção das formas pelas quais o jovem se apresenta à sociedade (Souza, 2005). O interesse pela adolescência e juventude desponta de tempos em tempos, em 1920 presenciamos a explosão desse interesse na razão direta da comoção gerada pela turbulência social em Chicago (Gonçalves, 2005). Naquela época, toda uma geração de jovens italianos, judeus, irlandeses e afro-americanos, tornou-se objeto de estudos da sociologia, em busca de uma resposta às indagações acerca de possíveis correlações entre juventude, violência, criminalidade e desorganização urbana (Zaluar, 1997). Ainda na década de 20, observamos o interesse pelas lutas das gangues, nos anos de 1950 pela explosão demográfica nas urbes e mais recentemente pelos elevados índices de disseminação das doenças sexualmente transmissíveis (Gonçalves, 2005).

Esta disseminação nesta população está associada à noção cultural disseminada entre amor e sexualidade, os quais têm sido significados como dimensões indissociáveis da vida humana. Além disso, os mesmos têm sido apresentados não apenas como um direito de todos os seres humanos, mas como um imperativo aos quais, todos estão submetidos e a partir do qual são valorizados, classificados e posicionados como bem-sucedidos ou saudáveis. E a vivência desses prazeres, muito frequentemente, está associada à disposição e à capacidade de enfrentar e correr determinados riscos, que favorecem uma relação que, historicamente, se faz entre prazer e perigo (Meyer, Klein & Andrade, 2007).

Nesta conjuntura, Brêtas (2003) relata que na adolescência há uma necessidade do púbere de ser notado, de sentir-se parte do seu meio social, acarretando uma transformação na convivência social. O adolescente começa a se relacionar com turmas

e a exercitar sua possibilidade de relacionamento com os outros. Como em todas as outras situações da vida do adolescente, enfrentar esta nova situação desperta medo e receios, ao mesmo tempo em que ocasiona o desejo de conhecer, de buscar o novo e de conseguir se relacionar com os demais (Brêtas, 2003). Ainda segundo este autor, os jovens procuram afirmar sua autonomia contestando a autoridade dos pais, ou seja, valores e hábitos aprendidos e cultivados pela família passam a ser questionados. Na busca da independência, rejeitam temporariamente os padrões familiares. É no âmbito do seu grupo de referência, no qual partilham um jargão particular, modos de vestir e hábitos diversos que os jovens se sentem fortes.

Dentro desta construção, o adolescente, a princípio, vai se constituir um consumidor abrangente do sistema produtivo, pois os produtos apresentados como mercadorias-símbolo pelo marketing das empresas encontram nele um terreno fértil para suas vendas (Strasburger, 1999). Esse terreno situa-se no imaginário desse grupo social e vincula-se à busca pela beleza, saúde, aceitação social ou sucesso sexual (Sgarbieri, 2005). Assim, cada vez mais os adolescentes buscam na mídia o comportamento ideal, apoiando-se em "receitas de estilos de vida" que são produzidas por vários setores da sociedade (Santos & Silva, 2008). São muitos os estudos sobre a influência da mídia na juventude, Miranda- Ribeiro e Moore (2002) estudaram como a saúde reprodutiva é abordada por seções das revistas *Capricho* e *Querida*, dirigidas ao público juvenil. O estudo ressalta o caráter normativo que algumas matérias das revistas possuem em relação aos comportamentos sexuais e práticas de sexo seguro. Outros estudos mostram que, além de normativas, as informações mostravam-se ambíguas, como no caso estudado por Serra e Santos (2003), no qual fizeram uma análise dos conteúdos de uma revista para adolescentes que abordava as práticas alimentares de emagrecimento.

Frente ao contexto cultural, a adolescência é marcada por experimentações, como forma de constituir sua personalidade, o púbere vai adentrar nas formas e conjunturas pertinentes da sociedade, frente ao leque de oportunidades e discursos presentes, criando suas possibilidades e performances, o que leva muitas vezes a contestar a autoridade dos pais e do sistema social presente. Podemos, portanto, perceber que os jovens tendem a formar sua substância ética, frente à moral pré-existente, para isso eles vão experimentar as regras de ação propostas pela sociedade, submetendo a elas ou negligenciando. Nesta perspectiva foucaultiana, percebemos uma locomoção dos adolescentes dentro da sua esfera de ação, na tentativa de estruturar seu eu, eles vão confirmar ou desaprovar as condutas normalizantes que a sociedade, como a família, escola, estado, igreja, os transmitem. Dentro dessas condutas se descreve a experimentação da sexualidade e dos jogos e discursos que a circunda, porém, observa-se que para cada gênero essa prática vai se diferenciar, como também o discurso que aí vigora. Existe, portanto, um conflito entre a experimentação e uma postura individualista e narcísica, considerada típica da sociedade e da juventude contemporâneas (Gonçalves, 2005; Foucault, 1994).

Essa identidade é igualmente construída e legitimada a partir das representações de gênero, ou seja, a forma como cada um descreve a si mesmo, o outro e a relação que se estabelece entre ele, portanto, a experimentação e formação da personalidade do púbere vai se diferenciar tendo em vista os *scripts* sociais determinado para a dicotomia masculino/feminino. Desde o nascimento, meninos e meninas são preparados para responder às expectativas da sociedade em relação ao papel que cada um deve desempenhar. E, particularmente, a família e a escola aparecem como instituições vigilantes e facilitadoras do processo de assimilação desses papéis (Egypto & Egypto, 2000). O revólver e o carrinho, simbolizando o espaço público, representam a violência,

a decisão, o domínio. A boneca está associada ao trabalho doméstico, à maternidade. Assim, as identidades de homens e mulheres são traçadas gerando a necessidade da existência de um ser frágil, sensível, dócil, a fim de justificar o outro ser forte, provedor, agressivo, intolerante, reiterando a cultura patriarcal e a assimetria entre os gêneros (Fischer & Marques, 2001).

Na sociedade há divisão de duas classes: o sexo biológico e o sexo social, a primeira referencia as categorias biológicas, como os órgãos genitais, já a segunda traz a tona à construção social, quais os comportamentos e representações que cada sexo deve apresentar (Foucault, 1994). Neste sentido, gênero pode ser entendido como o processo pelo qual a sociedade classifica e imputa valores e normas, construindo assim, as diferenças e hierarquias sexuais, delimitando o que seriam papéis masculinos e femininos (Borges, 2007). Dessa forma, a explanação acerca da diferença entre os sexos pode apontar para uma relação de complementaridade ou de casta, dependendo da cultura, tendo como modelo uma relação de dois pólos, na qual quaisquer que sejam as características atribuídas a um dos sexos, estas estarão em oposição às características atribuídas ao outro (Villela & Arilha, 2003).

Um dos pressupostos da categoria gênero é a rejeição ao determinismo biológico que evoca a diferença sexual, entendendo-se que esta diferença deve-se a uma organização social e enfatiza a forma como os discursos sociais e culturais construíram os chamados papéis sociais em diferentes sociedades e períodos históricos, aqui também podemos perceber a relação de poder e, portanto, quais discursos que foram cristalizados como verdades (Borges, 2007; Foucault, 1997). A adolescência é um período decisivo para definição de diferenças de gênero no campo da identidade, produzindo não só aumento da criatividade e singularidade como também reproduz

divisões sexuais com conotação de assimetria e desigualdade (Silva & Abramovay, 2007).

No que diz ao gênero, percebemos um fator social predominante, pois os mesmos são aprendidos desde a infância e se consolidam ao longo da adolescência, quando a pessoa busca estabelecer sua identidade e planejar mais concretamente o futuro, de forma autônoma (Costa, 1998). Segundo Osório (1992), a adolescência é uma etapa da vida na qual a personalidade está em fase final de estruturação e a sexualidade se insere nesse processo, sobretudo como um elemento estruturador da identidade do adolescente, o que irá demarcar quais as experiências atribuídas e dignas para cada gênero e dentro deste universo o que é visto e aprimorado para adentrar no repertório comportamental do púbere. Isto pode significar, dependendo do contexto socioeconômico e cultural, que os adolescentes venham a se expor a diversos riscos associados a uma visão tradicional de seus papéis de gênero. Como exemplo, citam-se o contágio de doenças sexualmente transmissíveis, inclusive AIDS, maternidade/ paternidade, violência, dependência de drogas e acidentes de trânsito, entre outros (Almeida, 2007).

Os púberes vivem em um período histórico que acontece profundas transformações econômicas e de valores na nossa sociedade, o que afeta a sua transição para a vida adulta. Nesta conjuntura, a construção da sexualidade, o papel dos amigos e dos grupos tem uma forte correlação com o gênero (Silva & Abramovay, 2007). Heilborn (2006) relata que apesar de todas as transformações sociais, as diferenças de gênero ainda se encontram arraigadas em nossa sociedade, visto que a iniciação sexual masculina é descrita como uma obrigação, que não implica que os homens tenham um compromisso com respeito às mulheres.

Um dos fatores que demarcaram a posição da mulher na vida social, foi à difusão das idéias do amor romântico que, profundamente envolvida com a transição sócio-

econômica do século XVIII e início do século XIX, afetou a vida social como um todo, reordenando as condições da vida cotidiana. Dentre os quais, Giddens (1993), cita: (1) a criação do lar, a partir das esferas domésticas e públicas; (2) a modificação das relações entre pais e filhos, aliada à diminuição do tamanho das famílias, o que permitiu o controle e cuidado das mães para com os filhos, que passaram a ser vistos como vulneráveis e necessitando de afeto; e (3) a *invenção da maternidade*, com a idealização do papel da mãe. Assim, com a divisão das tarefas de ação, a promoção do amor tornou-se função predominantemente das mulheres, estando associada à subordinação da mulher ao lar e ao isolamento do mundo externo, além da associação do amor com o casamento e a com a maternidade (Lobato, 1997; Giddens, 1993; Costa, 1999).

De acordo com alguns autores analisados por Costa (1999), era uma obrigação cultural viver sob o modo do amor romântico, que se sustentava na repressão da sexualidade feminina, na convicção da *natureza* do homem, na desigualdade social entre os gêneros, na solidez dos afetos familiares, na importância do convívio doméstico, no agudo sentimento de responsabilidade para com o futuro dos filhos, nos preceitos da moralidade burguesa, etc. Assim, o amor romântico, quando se estabeleceu enquanto norma de conduta emocional, afetou mais as aspirações das mulheres que as dos homens, embora estes também tenham sido influenciados por ele. Ao mesmo tempo, constituiu-se como um dos orientadores da subjetividade feminina: ser do outro (em detrimento do ser de si), percebido como um dos principais pontos de vulnerabilidade e fragilização, ao demarcar diversas maneiras de dependências objetivas e subjetivas. Essa subjetividade com base sentimental institui posições de poder que geralmente desfavorecem as mulheres, fazendo com que permaneçam presas em relacionamentos de forte dependência, no qual o parceiro, além de objeto amoroso, é

também aquele que ministra seu reconhecimento, colocando em jogo a sua valorização (Saldanha, 2003).

No entanto, não se pode negar que na contemporaneidade essas identidades e papéis vêm ganhando uma nova dimensão, na medida em que as mulheres desafiam a dicotomia público/privado, conquistando novos espaços em termos de cidadania e direitos (Vaitsman, 2001). Apesar das mudanças, ainda há de se considerar o abismo social existente entre os gêneros, demarcado, entre outros, pela combinação da violência material e simbólica, relacionada ao comportamento sexual de homens e mulheres no âmbito familiar e social, pela assimetria na capacidade de tomar decisões e efetivá-las e pelos poucos espaços onde possa manifestar queixas e resolver pendências, o que tem impactado desproporcionalmente a vida das mulheres, mesmo em meio a uma série de ganhos importantes em termos do feminismo e da conquista de direitos civis e políticos adicionais, dificultando, portanto, o seu empoderamento (Saldanha, 2003).

A ideologia de gênero é reproduzida pela família, que considera que homens e mulheres lidam de maneira distinta com o desejo e que as adolescentes devem ser refreadas, retardando sua iniciação sexual (Castro, 2004). Corroborando com estes dados, Silva e Abramovay, (2007) ao investigar os adolescentes, sobre a permissão dos pais para dormir com seus (suas) namorados (as) em casa, os percentuais demarcaram diferenças de gênero, pois 33,1% dos jovens do sexo masculino têm permissão e apenas 8,5% das jovens gozam do mesmo privilégio.

Os dados coletados por esses autores demonstraram, também, diferenças expressivas no comportamento sexual quanto à condição sexo/gênero, no que se refere à primeira relação sexual, a categoria namorado (a) e esposo (a) é indicada respectivamente por 68,3% e 24,1% das mulheres, e 45,1% e 2,7% dos homens, evidenciando que as moças elegem os namorados como parceiros ideais para a primeira

relação sexual. Em relação às mulheres, percebe-se que estas tiveram sua primeira relação sexual, principalmente, com namorados e maridos, revelando o papel social previsto para a mulher na sociedade (Silva & Abramovay, 2007).

Ao demarcar os comportamentos sexuais entre adolescentes, observa-se o *ficar*, que segundo Gonçalves (2005) é uma experiência de estar com o outro, trocar carícias, descobertas e sensações sobre o corpo e sobre si mesmo, ocorrendo beijos, abraços, e, eventualmente, relações sexuais. Os limites do *ficar* são determinados pelo próprio casal, incluindo afetividade, porém não há um compromisso de continuidade ou exclusividade, mas o *ficar* poderá se transformar em namoro. Nesta conjuntura, para os rapazes, a possibilidade de variação de parceiras para *ficar* recebe um valor positivo, respaldando o sistema de valores sociais e morais que dignificam a masculinidade. Entretanto, para as moças o *ficar* pode estabelecer limites, uma variedade grande de parceiros resulta numa atribuição de valor negativo, o que confirma que o preconceito e as proibições ainda ocorrem em maior grau contra as mulheres (Heilborn, 2006).

O tratamento desigual dado aos gêneros, em termos políticos, culturais e sócio-econômico tem uma dimensão macro e micro-social, compreendendo a não observância dos direitos fundamentais, relações desiguais de poder e acesso diferenciado a bens materiais e simbólicos, tendo lugar nas famílias e parcerias, como também na sociedade, organizadas em sistemas de crenças e códigos de valores (Bastos, 2000). Outro dado relevante a ser considerado é a assimetria sexual das expectativas afetivas: enquanto as conquistas masculinas são valorizadas pela quantidade, as mulheres continuam fixadas no aspecto romântico e exclusivista de cada envolvimento amoroso, mantendo o casamento como um objetivo primário (Saldanha, 2003). De acordo com Seixas (1998), a sexualidade feminina foi historicamente construída no sistema de gênero como impura e passiva, a ser exercida a partir do sentimento de amor e não de desejo.

Pode-se concluir que as concepções de feminilidade situam as mulheres em esferas opostas às aquelas em que se encontram os homens, ou seja, a construção dos papéis sociais tem como um dos elementos norteadores que certas atividades e atitudes são inerentemente masculinas ou femininas (Fonseca, 2005), podendo direcionar homens e mulheres a adotar determinados comportamentos em função daquilo que é esperado no grupo sociocultural em que se reproduzem, social e biologicamente. No que se refere à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, o sistema de gênero só poderia dificultar a negociação do uso do preservativo pela mulher, visto que a construção da sexualidade feminina neste sistema prioriza o enfoque maternal e pró-criativo, opondo-se à proposta de prevenção.

1.3 - Vulnerabilidades à DST, HIV e Gravidez na adolescência

No processo de experimentação, para consolidação do eu, os adolescentes apresentam comportamento sexual que os levaram a se envolverem em relações sociais de risco, cujo resultado indesejável pode ser infectarem-se por uma DST, inclusive o Vírus da imunodeficiência Humana (HIV), ou uma gravidez não planejada. Importante mencionar o crescimento da AIDS entre os jovens, fator este relacionado a não utilização do preservativo, fato observado em estudo realizado no contexto brasileiro com amostra representativa de adolescentes, onde 10,2% do total de homens, que correspondem a quase 2.294 mil pessoas, e 13,6% das meninas, ou 3.130 mil, não utilizam e nunca utilizaram nenhum método para evitar as DSTs ou a gravidez, (Silva & Abramovay, 2007).

Sendo assim, os jovens têm sido apontados, no mundo todo, como população-alvo para a prevenção da AIDS, a partir da idéia de ser esta faixa etária mais suscetível a

comportamentos de risco, de um modo geral. Ao pensar em adolescência, ignora-se o fato que esta é uma categoria sócio-histórica, expressando, portanto, diversidades na sua forma de existir, o que a coloca em diferentes graus de vulnerabilidade em relação a AIDS, às outras DST's e a gravidez na adolescência (Amaral, 2008).

Estudando o discurso da saúde pública sobre a adolescente grávida, Reis e Zioni (1993) comenta que a preocupação com a gravidez e a maternidade de adolescentes, no campo de proposição da saúde, é recente, porque provavelmente relaciona-se com a própria invenção da adolescência, acontecida no beiral do século XX. No passado, o Ocidente aceitava e tolerava perfeitamente a idéia da maternidade precoce, que nem sempre era um padrão estável nas formas de reprodução. No que tange as Doenças Sexualmente Transmissíveis são doenças causadas por vários tipos de agentes, sendo transmitidas, principalmente, por contato sexual desprotegido, com uma pessoa que esteja infectada e, geralmente, se manifesta por meio de feridas, corrimentos, bolhas ou verrugas. Uma das principais preocupações relacionadas às DST é o fato de facilitarem a transmissão sexual do HIV (Villela & Arilha, 2003).

Os adolescentes apresentam algumas características que conferem risco à atividade sexual: despreparo para lidar com a sexualidade; onipotência e sentimento de invulnerabilidade; barreiras e preconceitos; dificuldades de tomar decisões; indefinições de identidade; conflito entre razão e sentimento; necessidades de afirmação grupal; e dificuldades de administrar esperas e desejos. (Moreira, 2002; Santos & Santos, 1999). Estudos recentes mostram uma elevada prevalência de comportamentos de alto risco entre jovens, tanto sexuais quanto relacionados ao uso de drogas, e conseqüentemente ao HIV/AIDS, devido, principalmente, a falta de percepção de vulnerabilidade, o que torna difícil à inserção de medidas preventivas. As DST específicas por faixas etárias são maiores nos grupos de 15 a 29 anos, o que, associado aos dados epidemiológicos em

pacientes com AIDS sugerem, que em muitos casos, a infecção pelo HIV foi contraída durante a adolescência. (Miranda, Gadelha & Szwarcwald, 2005; OMS, 1998).

Do ponto de vista social, a influência do grupo, o nível econômico, a pouca escolaridade e a violência, em seus vários contextos, estão relacionadas à baixa idade nas primeiras relações sexuais, ao número de parceiros e às atitudes de proteção contra as DSTs (Taquete & Vilhena, 2008). A atividade sexual precoce não é um fenômeno isolado e, frequentemente, ocorre quando há envolvimento com drogas ou álcool e, às vezes, delinquência (Bayley, Pollock, Martin & Lynch, 2002).

De acordo com Pechansky, Szobot e Scivoletto (2004), o uso de bebidas alcoólicas faz com que o adolescente envolva-se mais em atividades sexuais sem proteção, com maior exposição às doenças sexualmente transmissíveis, como ao vírus HIV, e maior exposição à gravidez. Essa relação entre sexo desprotegido e uso de álcool parece ser afetada pela quantidade de álcool consumida, interferindo na elaboração do juízo crítico. Além disso, os autores apontam para uma associação entre uso de álcool, maconha e comportamentos sexuais de risco – como início precoce de atividade sexual, não uso de preservativos, pagamento por sexo e prostituição. Dessa forma, acredita-se que a ação de drogas como o álcool, capaz de causar desinibição e aumento do desejo sexual, deixe os indivíduos (em especial os adolescentes) mais propensos a práticas sexuais de risco.

As drogas lícitas e ilícitas podem demarcar como facilitadores para a iniciação sexual dos adolescentes, predispondo os mesmos a uma maior vulnerabilidade as DST's ou gravidez não planejada, contudo ao analisar as ações e comportamentos da juventude no contexto social deve-se correlacionar com os valores atribuídos a cada ato, como também as representações que eles possuem segundo o script social para cada gênero. Na adolescência se dá a afirmação da virilidade, modelagens sobre feminilidade e a

busca por autonomia, o que no senso comum se traduz com o “tornar-se homem” e o “fazer-se mulher”, perpassando, portanto, sentidos identitários diversos, como o que se entende por masculino e feminino e as realizações das trocas afetivas. Os modelos de gênero masculino e feminino exercem poderosa influência nos jovens, ampliando sua vulnerabilidade a fatores de risco à saúde (Taquette, Vilhena & Paula, 2004).

As questões de gênero têm se mostrado fundamentais na condução das escolhas reprodutivas de adolescentes, particularmente o momento da primeira relação sexual. As explicações acerca das diferenças no início da vida sexual entre homens e mulheres baseiam-se no fato de que as normas e expectativas sociais em relação à idade e às circunstâncias adequadas para as primeiras práticas sexuais variam conforme o sexo (Heilborn, 1998).

Estudos sobre o início da vida sexual e o uso de contraceptivos e preservativos têm indicado que adolescentes e jovens tendem a não usá-los quando iniciam a vida sexual muito cedo e definem a relação em que ocorreu sua iniciação sexual como casual; no caso de adolescentes do sexo feminino, quando têm parceiros mais velhos ou de outra geração (Narring, Wydler & Michaud, 2000; Svare, Kjaer, Thomsen & Bock, 2002). Corroborando com estes dados, Heilborn (2006) relata que mulheres que começaram sua vida sexual antes dos dezoito anos ficam grávidas com maior frequência quando o parceiro é mais velho que elas do que no caso de ter a mesma idade. Porém, Moreira (2002) alerta que o não-uso de métodos contraceptivos pode estar relacionado ao significado cultural do ato sexual, sua comum associação à vontade, impulso avesso a uma racionalidade ou um planejamento.

Nas últimas décadas houve uma redução da fecundidade na população feminina em geral, não observada na mesma intensidade entre os 15 a 19 anos e não verificada no grupo adolescente menor de 15 anos, nesta faixa etária adolescente a fecundidade é alta

e as principais causas de internação são as complicações da gravidez, parto e puerpério (Cabral, 2003). Além disso, a gravidez precoce de uma adolescente pode limitar sua educação, restringir suas habilidades na força de trabalho e reduzir sua qualidade de vida. Apesar do homem também sofrer possíveis consequências do comportamento sexual e reprodutivo, os custos de uma gravidez geralmente são arcados pela mulher (Longo, 2002).

O uso inconsistente do preservativo masculino pode ser associado à variância do significado da relação afetivo-sexual, onde a maior utilidade seria evitar as doenças de transmissão sexual e não a gravidez, assim, um relacionamento fixo que envolve afeto descartaria a utilização da camisinha e passaria a utilizar outro método, o que relativiza o tema da prevenção. (, Gotlieb, Hardy & Zaneveld, 2001; Villela, 1999. Jimenéz). Estes dados corroboram com informações colhidas em depoimentos de jovens estudantes na pesquisa de Castro (2004), os quais mostram que os meninos assumem a iniciativa e a responsabilidade pelo uso da camisinha, não necessariamente para evitar a gravidez, mas pelo medo das DST/AIDS.

Ao mesmo tempo, há maior dificuldade de as mulheres negociarem o uso do preservativo com os parceiros, que acabam detendo o poder de decisão a esse respeito, comprometendo a possibilidade de se adotar medidas preventivas, tanto em relação a doenças de transmissão sexual quanto à gravidez (Cabral, 2003; Heilborn, Salem, Rohden, Brandão, Knauth & Víctora, 2002). Conjuntura esta já evidenciada por Seixas (1998), que retrata a dominância das relações sexuais é dada como uma característica masculina advém de uma postura passiva por parte das mulheres, favorecido pela ideação do amor romântico. Nesse contexto, pode ocorrer o fenômeno da desconfiança intrínseca, conforme demonstra Barbosa, Berquó e Kalckmann (2000), ao ratificar que as mulheres mais jovens temem ser consideradas experientes demais, enquanto as mais

velhas reportam ao medo de desagradar ao parceiro, pois o uso do preservativo pode ser encarado como uma prova de desconfiança. Por outro lado, o comportamento contraceptivo dos adolescentes é marcado por dificuldades para usar adequadamente os métodos anticoncepcionais, especialmente em vista da maior imprevisibilidade das relações sexuais nesse grupo (Cabral, 2003).

Os padrões de uso do preservativo não estão apenas associados às condições de gênero, raça ou faixa etária, mas também a um conjunto complexo de percepções que as pessoas e os adolescentes, em particular, têm das relações sexuais e afetivas, o que lhes permite classificar essas relações em diversas modalidades que obedecem a princípios e lógicas distintas e acarretam também situações e vivências com níveis diferenciados de vulnerabilidade (Silva & Abramovay, 2007). A noção de vulnerabilidade busca fornecer elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que todo e qualquer indivíduo tem de se contaminar, dado o conjunto formado por certas características individuais e sociais de seu cotidiano, julgadas relevantes para a sua maior exposição ao HIV ou sua menor chance de proteção (Ayres, 1996).

CAPITULO II

REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 - Teoria da Vulnerabilidade

A construção do quadro conceitual da vulnerabilidade no campo da saúde é relativamente recente e está estreitamente relacionada ao esforço de superação das práticas preventivas apoiadas no conceito de risco. Surge a partir de Mann, Trantola e Netter (1993) ao apresentarem uma metodologia para avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. Segundo os autores, o comportamento individual seria o determinante final da vulnerabilidade à infecção, o que justificaria focalizar ações no indivíduo, embora isto não seja suficiente para o controle da epidemia. Deste modo, propõem uma estrutura de análise que incorpora o comportamento individual, o âmbito coletivo e o social. O primeiro refere-se à auto-avaliação, através de perguntas, para se verificar o conhecimento, os comportamentos, o *status* social e o acesso à informação, avaliando-se como pode ocorrer a transmissão da doença. A vulnerabilidade coletiva refere-se à avaliação da capacidade estrutural e funcional dos programas de controle da epidemia e a vulnerabilidade social consiste na avaliação das realidades sociais através de indicadores do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas.

Na tentativa de ampliar o conceito proposto por Mann, Trantola e Netter (1993), Ayres (2002), no Brasil, aponta que o modelo de vulnerabilidade está conformado por três planos interdependentes de determinação e, conseqüentemente, de apreensão da maior ou da menor vulnerabilidade do indivíduo e da coletividade. O olhar do autor busca a compreensão do comportamento pessoal ou a vulnerabilidade individual, do contexto social ou vulnerabilidade social e do programa de combate à doença, no caso a AIDS, ou vulnerabilidade programática.

O significado do termo vulnerabilidade, nesse caso, refere-se à chance de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos que ainda que

se refiram imediatamente ao indivíduo, o recoloca na perspectiva da dupla-face, ou seja, o indivíduo e sua relação com o coletivo. Neste sentido, o indivíduo não prescinde do coletivo: há relação intrínseca entre os mesmos. Além disso, o autor propõe que a interpretação da vulnerabilidade incorpore, necessariamente, o contexto como *lócus* de vulnerabilidade, o que pode acarretar maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, à maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para a proteção das pessoas contra as enfermidades (Ayres, 2002).

O conceito de vulnerabilidade, hoje incorporado ao repertório teórico-metodológico em saúde, pode ser resumido como "*o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos [e] contextuais*" (Ayres, França-Júnior, Calazans & Salletti-Filho, 2003, p. 123) que estão implicados com a maior suscetibilidade ao adoecimento e, concomitantemente, com a maior ou menor disponibilidade de recursos de proteção.

As diferentes situações de vulnerabilidade dos sujeitos (individuais e/ou coletivos) podem ser particularizadas pelo reconhecimento de três componentes interligados o individual, o social e o programático ou institucional, os quais remetem às seguintes questões de ordem prática: vulnerabilidade de quem? Vulnerabilidade a quê? Vulnerabilidade em que circunstâncias ou condições?

Os componentes da vulnerabilidade individual que têm sido pontuados pelos estudiosos do tema são, fundamentalmente, de ordem cognitiva (quantidade e qualidade de informação de que os indivíduos dispõem e capacidade de elaborá-la) e de ordem comportamental (capacidade, habilidade e interesse para transformar essas preocupações em atitudes e ações protegidas e protetoras) (Ayres et al., 2003). Portanto, no plano individual, considera-se que a vulnerabilidade a algum agravo está

relacionada, basicamente, aos comportamentos que criam oportunidades para que as pessoas venham a contrair doenças. Esses comportamentos associados à maior vulnerabilidade não são entendidos e abordados, nesse quadro conceitual, como uma decorrência imediata da ação voluntária das pessoas, mas estão relacionados tanto com condições objetivas do ambiente quanto com as condições culturais e sociais em que os comportamentos ocorrem, bem como com o grau de consciência que essas pessoas têm sobre tais comportamentos e ao efetivo poder que podem exercer para transformá-los.

O componente social da vulnerabilidade envolve o acesso às informações, as possibilidades de metabolizá-las e o poder de incorporá-las a mudanças práticas na vida cotidiana, condições estas diretamente associadas ao acesso a recursos materiais, a instituições sociais como escola e serviços de saúde, ao poder de influenciar decisões políticas, à possibilidade de enfrentar barreiras culturais e de estar livre de coerções violentas de todas as ordens, dentre outras, que precisam então ser incorporadas às análises de vulnerabilidade e aos projetos educativos às quais elas dão sustentação (Ayres et al., 2003).

O componente institucional ou programático da vulnerabilidade conecta os componentes individuais e sociais. Envolve o grau e a qualidade de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado, os quais são importantes para identificar necessidades, canalizar os recursos sociais existentes e otimizar seu uso. O componente programático nos orienta a situar as dimensões educativas para além do caráter normativo e centrado no objeto, levando-nos a articular as intervenções em saúde e as ações programáticas e, principalmente, a repensar o cuidado em saúde enquanto encontro de sujeitos. Nesse encontro de sujeitos é extremamente importante levar em consideração elementos abstratos associados e associáveis aos processos de adoecimento, articulando "a co-

presença, a mutualidade, a interferência, a relatividade, a inconstância, o não unívoco, o não permanente, o próprio a certas totalidades circunscritas no tempo e no espaço" (Ayres et al., 2003, p. 127).

Articulados entre si, os três componentes constitutivos de uma abordagem apoiada no quadro conceitual da vulnerabilidade priorizam análises e intervenções multidimensionais, que consideram que *as pessoas não são*, em si, vulneráveis, mas *podem estar* vulneráveis a alguns agravos e não a outros, sob determinadas condições, em diferentes momentos de suas vidas. Cada um desses planos pode ser tomado como referência para interpretar-se também outros agravos, além da AIDS. Essa abordagem pode ampliar a atuação em saúde e gerar reflexões que podem ser úteis para a formulação de políticas de saúde a partir das necessidades da coletividade.

2.2 - Estilo de Vida

Nos últimos anos, tem-se observado um crescente interesse em estudar hábitos e comportamentos relacionados à saúde tanto em adultos quanto em crianças e adolescentes. Isso se deve, entre outros fatores, ao fato de que hábitos e comportamentos adotados neste período da vida, além de apresentarem grande probabilidade de serem mantidos na vida adulta, tendem a resultar em problemas à saúde, aumentando o risco de morbi-mortalidade por doenças crônicas degenerativas em períodos cada vez mais precoces na vida adulta (Branen & Fletcher, 1999; Kim & Kwiterovich, 1995). O estilo de vida tem sido consensualmente percebido como relevante para a saúde e tem-se salientado a importância de promover padrões de comportamentos individuais mais favoráveis para prevenir doenças (Ribeiro, 2005)

Nas sociedades industrializadas ou mesmo em desenvolvimento, a influência do estilo de vida tem sido a cada dia mais, um fator importante na saúde e bem estar das pessoas. Segundo Nahas (2001), com o controle das doenças infecto-contagiosas, ligadas às condições ambientais, as condições de vida deste século tendem a serem melhores, e o estilo de vida passa a ocupar o centro das atenções. Este autor descreve o estilo de vida corresponde ao conjunto de ações habituais que refletem os valores, as atitudes e as oportunidades na vida das pessoas, assim, a maneira com que um indivíduo vive a sua vida depende de um emaranhado de fatores que englobam a cultura, a educação, a condição financeira, as crenças pessoais, as experiências de vida entre outros.

Nahas (2001) sugere cinco componentes principais no estilo de vida, que podem afetar decisivamente a qualidade de vida das pessoas, em todas as idades: atividade física habitual, alimentação, controle de estresse, relacionamentos e comportamentos preventivos. Estes fatores são um todo integrado e afetam a probabilidade de se sofrer uma doença e também se sobreviver uma vez doente (Matos, Simões, Carvalhosa, Reis & Cunha, 2000)

Pesquisas têm demonstrado que o estilo de vida também é um determinante da saúde e bem estar de crianças e adolescentes, pois é grande o impacto dos hábitos pessoais sobre a saúde dos indivíduos (Matos et al., 2000). Embora a adolescência seja a fase do apogeu da saúde, muitos hábitos negativos e prejudiciais à saúde são estabelecidos nesta fase, podendo permanecer ao longo da vida (Figueira Junior et al., 2000). Os componentes relacionados à saúde, adotados durante a infância e a adolescência, são considerados como fatores preditores para o surgimento de doenças na idade adulta (Farias Junior, 2002).

Os adolescentes representam, no Brasil, 28 % da população total, segundo o *Censo Demográfico* de 2000 (<http://www.ibge.gov.br>). Constituem uma parcela da população predominantemente sadia e os dados mostram que mais de 50% da mortalidade verificada entre eles, se deve a causas externas (DATASUS: <http://www.saude.gov.br>), entre elas eventos violentos, em sua maioria associados ao uso de álcool e de outras drogas. Vários estudos no Brasil mostram a alta prevalência de comportamento de risco à saúde (Tavares, Beris & Lima, 2001; Camacho, 2001; Contrim-Carlini, Gazal-Carvalho & Gouveia, 2000; Scivolento et al., 1999); muitos apontam também para a associação entre os vários riscos, por exemplo, entre o uso de álcool e tabaco e entre o comportamento sexual de risco e uso de drogas (Johnson, Mercer & Erens, 2001; Richey, Reid & Hasse, 2001; Scivolento et al., 1999).

Os estudos epidemiológicos mais abrangentes do uso de álcool na população geral foram os realizados por Galduróz e Caetano (2004), ao pesquisarem 107 cidades com mais de 200 mil habitantes – detectaram que, no Brasil, 5,2% dos adolescentes (12 a 17 anos de idade) são dependentes do álcool. No Norte e Nordeste, essa porcentagem ficou próxima dos 9%. Este fato torna-se relevante na medida em que se acredita que a ação de drogas como o álcool, capaz de causar desinibição e aumento do desejo sexual, deixe os indivíduos (em especial os adolescentes) mais propensos a práticas sexuais de risco.

O construto estilo de vida e a teoria da vulnerabilidade busca fornecer elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que todo e qualquer indivíduo tem ao adoecimento, dado o conjunto formado por certas características individuais e sociais de seu cotidiano, julgadas relevantes para a sua maior exposição ao risco ou sua menor chance de proteção (Ayres, 1996). Costa e Carbone (2004) dão a entender que as mudanças de estilo de vida podem ocorrer gradualmente, dependendo assim do fator tempo e das mudanças dos supra-sistemas ao redor, ou ser desencadeadas por

perturbações súbitas ocorridas na família, como doença ou alteração do padrão econômico da família. As intervenções de educação em saúde podem constituir uma destas perturbações, e serem fatores desencadeantes de modificações. É importante que não haja uma culpabilização das famílias ou dos indivíduos por comportamento que comprometem a saúde, como não utilização de preservativos, alimentação inadequada, tabagismo, entre outros.

CAPÍTULO III

Objetivos do Estudo

3.1 - Objetivo Geral

Identificar as características e analisar as possíveis associações entre DST/HIV, gravidez na adolescência e as situações de vulnerabilidade em amostra representativa de estudantes do ensino médio de escolas públicas do Estado da Paraíba.

3.2 - Objetivos Específicos

- a) Identificar o perfil dos adolescentes paraibanos estudantes da rede pública de ensino;
- b) Identificar as construções acerca do relacionamento amoroso relacionando as práticas sexuais e preventivas do grupo sob estudo;
- c) Identificar situações que facilitem ou problematizem as práticas preventivas;
- d) Analisar os determinantes sociais, situacionais, cognitivos, emocionais associados à prevenção;

CAPÍTULO IV

MÉTODO

4.1 – Características do Estudo

Este estudo foi dividido em duas etapas: A primeira etapa constitui-se em um estudo de caráter transversal, podendo ser considerado como um estudo *epidemiológico descritivo*, cujo *design* possibilitou a determinação da prevalência de comportamentos de risco à saúde entre adolescentes.

Na segunda etapa do estudo, a partir dos resultados apurados na primeira etapa, foram formados grupos de discussões com os adolescentes, objetivando o aprofundamento da formação das diferentes percepções e atitudes acerca do tema em questão.

4.2 – População e Amostra

A população deste estudo é constituída por adolescentes (12 -20 anos), matriculados em escolas públicas do Estado da Paraíba, estimada em 235 mil jovens, segundo dados do Censo Escolar de 2006 (INEP – Ministério da Educação, 2007). Uma amostra representativa foi determinada por um processo de múltiplos estágios, estratificada por região geográfica do Estado da Paraíba e tamanho da escola. A unidade amostral foi, portanto, a turma escolar, mas a coleta e análise dos dados tiveram como unidade os alunos que concordaram em responder ao questionário e que atenderam aos critérios de inclusão neste estudo. A Tabela 1 mostra a unidade amostral e método de seleção por estágio.

Tabela 1 – Unidade Amostral e Método de Seleção por Estágio

Estágio	Amostra	Seleção
I	Região geográfica	Todas 23 microrregiões geográficas do Estado situadas nas 04 mesorregiões
II	Cidades	Aleatória (foram sorteadas duas cidades de cada microrregião) *
II	Escolas	Aleatória, segundo as opções das cidades
III	Turmas **	Todas as turmas de 1º, 2º e 3º ano de cada escola **

* Entretanto, devido à saturação da amostra, foi feito um número amostral de cada região, levando em conta as características das mesmas

** Unidade Amostral

Plano amostral: O Estado da Paraíba tem 223 municípios, divididos em 4 mesoregiões (Mata Paraibana, Agreste, Borborema e Sertão) e 23 microrregiões. A mesorregião do Sertão Paraibano é formada pela união de 83 municípios agrupados em sete microrregiões (Cajazeiras, Catolé do Rocha, Itaporanga, Patos, Piancó, Serra do Teixeira, Sousa). A mesorregião da Borborema é formada pela união de 44 municípios agrupados em quatro microrregiões: Cariri Ocidental, Cariri Oriental, Seridó Ocidental, Paraibano, Seridó Oriental Paraibano. A mesorregião do Agreste Paraibano é formada pela união de 66 municípios agrupados em oito microrregiões (Guarabira, Brejo Paraibano, Campina Grande, Curimataú Ocidental, Curimataú Oriental, Esperança, Itabaiana, Umbuzeiro). A mesorregião da Zona da Mata Paraibana é formada pela união de trinta municípios agrupados em quatro microrregiões: João Pessoa, Litoral Norte, Litoral Sul, Sapé. Estes dados podem ser observados no mapa a seguir:

Figura 1 - Microrregiões do Estado da Paraíba

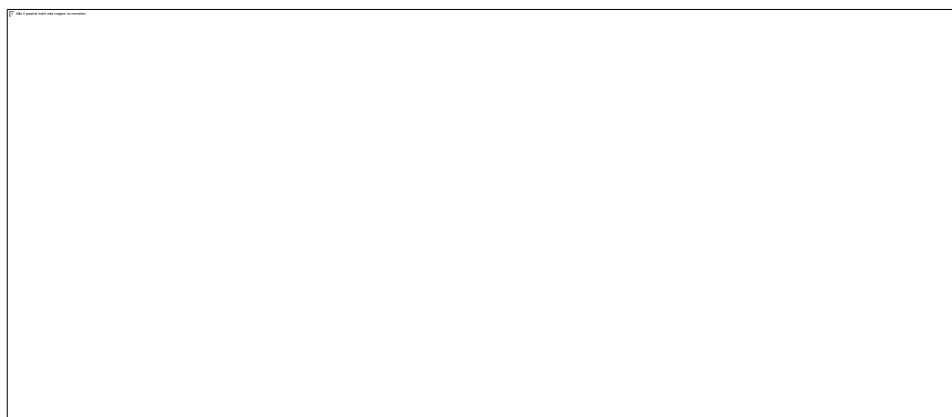


Tabela 2 – Mesorregiões, Microrregiões e Cidades Coletadas* do Estado da Paraíba

Mesorregiões	Microrregiões	Cidades Coletadas
Sertão	02 - Cajazeiras	Cajazeiras
	06 - Catolé do Rocha	Catolé do Rocha
	12 - Itaporanga	Itaporanga
	16 - Patos	Patos
	17 - Piancó	Piancó, Coremas
	21 - Serra do Teixeira	-
	22 - Sousa	Sousa, Pombal
Borborema	04 - Cariri Ocidental	Monteiro, Sumé
	05 - Cariri Oriental	Boqueirão
	19 - Seridó Ocidental Paraibano	-
	20 - Seridó Oriental Paraibano	Picuí
Agreste	10 - Guarabira	Guarabira
	01 - Brejo Paraibano	Areia
	03 - Campina Grande	Campina Grande , Queimadas
	07 - Curimataú Ocidental	Cuité, Nova Floresta
	08 - Curimataú Oriental	Solânea
	09 - Esperança	Esperança
	11 - Itabaiana	Itabaiana
Zona da Mata	23 - Umbuzeiro	-
	13 - João Pessoa	João Pessoa , Bayeux, Cabedelo, Conde, Lucena, Santa Rita
	14 - Litoral Norte	Mamanguape, Rio Tinto
	15 - Litoral Sul	Alhandra, Caaporã
	18 - Sapé	Sapé , Mari, Pilar

*Cidades onde foi realizado grupo de discussão.

Embora se tivesse planejado efetuar a coleta em duas cidades de cada microrregião do Estado, tal feito não foi possível em 03 microrregiões e em outras 11 só foi possível coletar em uma cidade. Esta impossibilidade se deve principalmente a inexistência de escolas com Ensino Médio nestas localidades, ainda que em algumas conste como existente na Secretaria de Educação. Sendo assim, foram coletados dados em 34 cidades pertencentes a 20 microrregiões do Estado da Paraíba.

Para estimativa do tamanho da amostra, ou seja, para determinar a representatividade do número de escolares de cada região geográfica em relação à população total, recorreu-se à estratégia sugerida por Gil (1999). O planejamento amostral foi efetuado considerando um intervalo de confiança de 95%; erro de 2% e a prevalência estimada em 50%.

Foram adotados os seguintes critérios de exclusão de escolares: recusa a participar do estudo; ausência de informações importantes no questionário (sexo e data de nascimento); questionários devolvidos com muitas questões em branco ou contendo respostas inválidas ou absurdas, que podem ser descritas como incoerentes, não correspondendo a realidade da população, ou dúbias.

Para a presente pesquisa foram coletados 9.083 questionários, dos quais 8.741 adolescentes corresponderam à amostra definitiva, devido a não adequação de alguns participantes, tendo em como primórdio os critérios citados acima.

Para os grupos de discussão, optou-se por sortear 04 cidades de cada mesorregião do Estado, contemplando-se 16 cidades, conforme pode ser observado na Tabela 2. Para a formação dos grupos de discussão foram convidados aproximadamente 20 a 30 alunos de cada escola sorteada, representando cada uma das séries pesquisadas.

4.3 – Instrumentos

O **instrumento quantitativo** utilizado foi um questionário estruturado auto-aplicável com módulos temáticos que variam em número de perguntas, construído a partir do The Behavioral Risk Factor Surveillance System, BRFSS (USDHHS, 1999); Farias Junior. (2002); De Bem (2003); Azevedo (2007) e Amaral (2008).

O questionário foi organizado por módulos que contemplam os seguintes assuntos: características sócio-demográficas, comportamento sexual, Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Relacionamento Amoroso. Segue-se a descrição esquemática do instrumento e materiais por meio dos quais serão avaliadas as variáveis de interesse.

Tabelas 3 - Variáveis Investigadas

Fatores	Variáveis de interesse	Instrumentos
Sócio-demográfica	Sexo, idade, religião, origem rural ou urbana.	05 itens estruturados e semi-estruturados
Prática Sexual	Iniciação, parceria.	04 itens estruturados.
Práticas preventivas	Conhecimento e uso de métodos preventivos, Informações	07 itens estruturados e semi-estruturados.
AIDS	Vulnerabilidade.	04 itens estruturados
Relacionamento Amoroso	Crenças (virgindade, Sexo).	05 itens estruturados.

Foi realizado um pré-teste do instrumento com adolescentes da 8ª série das diversas regiões onde se avaliou a compreensão, adequação dos termos e expressões, duração e aceitação geral do instrumento e abordagem.

O **grupo de discussão** é um método de pesquisa qualitativa que pode ser utilizado no entendimento de como se formam as diferentes percepções e atitudes acerca de um

fato, prática, produto ou serviços. Basicamente, o grupo de discussão pode ser considerado uma espécie de entrevista de grupo, embora não no sentido de ser um processo onde se alternam perguntas do pesquisador e resposta dos participantes. Diferentemente, a essência do grupo focal consiste justamente em se apoiar na interação entre seus participantes para colher dados, a partir de tópicos que são fornecidos pelo pesquisador (que foi no caso o moderador do grupo).

Os grupos, com duração de 1 hora e 40 minutos cada, tinham em média 10 participantes, com número equivalente em relação ao sexo. A condução foi feita pela por dois pesquisadores, seguindo uma orientação semi-dirigida a partir dos resultados do questionário quantitativo, com a participação espontânea e consentimento informado. Foram realizadas anotações no decorrer dos encontros, apresentadas aos sujeitos no final de cada reunião para consentimento da manutenção dos registros. Foi usado um gravador, cujo conteúdo foi transcrito na íntegra.

4.4 – Procedimentos

A partir da aprovação do CNPq, Ministério da Saúde e do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, foi feito contato com a Secretaria Estadual de Educação, a qual permitiu livre acesso as instituições públicas do estado. Posteriormente obteve-se, também, autorização das escolas selecionadas.

Optou-se por solicitar o consentimento do próprio aluno em sala de aula, uma vez que o Estatuto da Criança e Adolescente prevê autonomia do adolescente para tomar iniciativas como responder um questionário que não oferece risco a sua saúde e tem como objetivo claro subsidiar políticas de proteção à saúde.

Antes de entrar em campo para coletar os dados, foram selecionados e treinados 10 pesquisadores que fazem parte do núcleo de pesquisa Vulnerabilidade e Promoção de Saúde, entre eles mestrandos e graduandos, que se deslocaram em equipes de dois a três sujeitos, para as cidades selecionadas. O questionário foi aplicado em sala de aula em grupos de 20 a 40 alunos, com participação voluntária, sendo continuamente assistido pelo pesquisador para possíveis esclarecimentos de dúvidas e auxílio no preenchimento das informações.

Para proceder ao levantamento das informações, inicialmente foram informados aos estudantes sobre os objetivos da pesquisa, esclarecendo que as informações fornecidas serão mantidas em sigilo, não influenciando no seu desempenho escolar e que só serão utilizadas para fins de pesquisa. Além disso, os alunos foram orientados para não se identificarem no questionário.

A segunda parte da pesquisa, iniciada em março de 2009, que se caracteriza com a coleta de dados através de grupo de discussão, teve como uma de suas maiores riquezas se basear na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos, aprofundando os dados colhidos pelo questionário.

A condução do grupo focal foi realizada a partir de um roteiro de tópicos, relacionados com os resultados levantados no primeiro instrumento. Como a proposta do método é desenvolver uma discussão *focada* em um tema específico, o roteiro conteve 5 tópicos no máximo dentre aqueles de maior destaque nos resultados do questionário. Estes tópicos foram expressos ao grupo não em forma de perguntas, mas na forma de estímulos para introduzir o assunto, ou seja, uma solicitação para comentar algo ou descrever alguma experiência.

Os grupos foram realizados nas escolas em dias e horários de acordo com a disponibilidade dos alunos. Após cada grupo, a equipe se reuniu para discussão e síntese

dos resultados obtidos que foi objeto de nova discussão e síntese, em reuniões periódicas, com os demais elementos da equipe, com o objetivo de estabelecer subsídios para programas e intervenções. Os conteúdos emergentes dos grupos de discussão foram gravados, com a devida autorização escrita dos componentes e em seguida, transcritos na íntegra para possibilitar a análise dos dados.

4.5 - Análises dos Dados

O banco de dados foi construído a partir da digitação dos questionários com prévia codificação das respostas, utilizando o Software SPSS. for Windows – versão 16. Inicialmente, foram realizados procedimentos para análise exploratória de dados visando identificar eventuais omissões de respostas. Os dados sócio-demográficos foram analisados através de estatísticas descritivas, com a utilização de medidas de posição (Média, Mediana) e de variabilidade (Desvio Padrão, Amplitude). Em seguida, se processou as análises estatísticas das variáveis, com a realização de testes bivariados (teste *t* de *Student*, qui-quadrado e correlação) para verificação de associações entre as variáveis do estudo.

A análise dos conteúdos dos grupos foi realizada com base em Categorias determinadas a partir dos temas suscitados e processado em uma série de etapas, de acordo com a proposta de Figueiredo (1993), conforme o esquema a seguir:

Tabela 4 – Etapas do Procedimento de Análise de Conteúdo.

TRANSCRIÇÃO DO MATERIAL	
PRIMEIRA FASE	A. Leitura Inicial
	B. Marcação
	C. Corte
	D. Primeira Junção*

(Sessões Individuais)	E. Notação
	F. Organização e Primeira Síntese
	G. Segunda Junção**
SEGUNDA FASE	H. Leitura Inicial
(Conteúdos Totais)	I. Organização
	J. Notação
	K. Redação Final

* Conteúdos relacionados a várias Categorias, no mesmo sujeito ou mesmo grupo.
 ** Conteúdos de vários sujeitos ou vários grupos, em uma mesma Categoria.

Primeira Fase: As sessões de grupo foram analisadas individualmente e a junção concentrou conteúdos comuns dentro de cada discurso. Assim, cada discussão foi transcrita e estudada em função de cada grupo realizada, referindo às questões particulares de cada um. Compreendeu as seguintes fases: **Leitura Inicial:** Nessa primeira leitura, foi identificados alguns pontos preliminares, ligados às Categorias, realizando anotações a respeito de aspectos relacionados à situação do grupo, como rapport, dificuldades de interação, disponibilidade e estado afetivo.

Marcação: Foram selecionados trechos de conteúdos que corresponderem às Categorias emergentes, além de outros conteúdos também considerados importantes. **Corte:** Os trechos selecionados foram retirados do texto. **Junção:** Os trechos selecionados foram agrupados; ou seja, todas as anotações de uma mesma sessão foram dispostas em protocolos de análise. **Notação:** Foram feitas observações marginais sobre os trechos, localizando-os na literatura e no contexto do grupo. **Discussão:** As observações foram discutidas realizando a segunda junção, onde foram agrupados os trechos de todos os grupos em relação a uma mesma categoria.

Segunda Fase: Nesta etapa, as sessões não foram consideradas individualmente e a junção se referiu a conteúdos comuns a todas. Assim, as junções realizadas na etapa

anterior foram agrupadas e estudadas em função da equivalência de conteúdos, referindo-se às questões comuns, dentro de cada categoria. Seguiu as seguintes fases:

Leitura Inicial: Foi realizada uma leitura, na qual identificou os trechos cujos conteúdos foram comuns, dentro de cada Categoria. **Organização:** Esses trechos foram, então, agrupados e classificados em subcategorias com base em protocolos especiais.

Notação: Quando necessário, foram ampliadas as observações marginais relacionando-as às subcategorias. **Discussão Final e Redação:** Foi realizada a redação definitiva, baseada nos resultados obtidos através da análise de conteúdo, relativo às categorias que surgiram durante as sessões dos grupos.

CAPÍTULO V

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Atendendo ao objetivo do estudo de apresentar perfis de vulnerabilidade dos adolescentes em relação à prática sexual, os dados foram analisados por gênero ressaltando-se ainda o porte das cidades, buscando-se, desta forma, compreender mais claramente as especificidades oriundas de cada região. De acordo com os indicadores sociais municipais (Censo 2000), os municípios foram classificados pelo porte demográfico, considerando:

- Cidade abaixo de 20.000 habitantes = Rural (ZR)
- Cidades entre 20.000 à 50.000 habitantes = Pequeno Porte (PP)
- Cidades entre 50.000 e 100.000 habitantes = Médio Porte (MP)
- Cidades acima de 100.000 habitantes = Grande Porte (GP)
- Cidades acima de 999.000 habitantes = Metrópole (M)

A Figura 2 apresenta as 34 cidades onde foram coletados os dados quantitativos, de acordo com o porte geográfico. Foram contempladas as quatro mesorregiões paraibanas – Sertão, Borborema, Agreste e Zona da Mata e 23 microrregiões, tendo sido excluídas Serra do Teixeira, Seridó Ocidental, Umbuzeiro devido à precariedade e difícil acesso (em alguns casos com a inexistência de escolas).

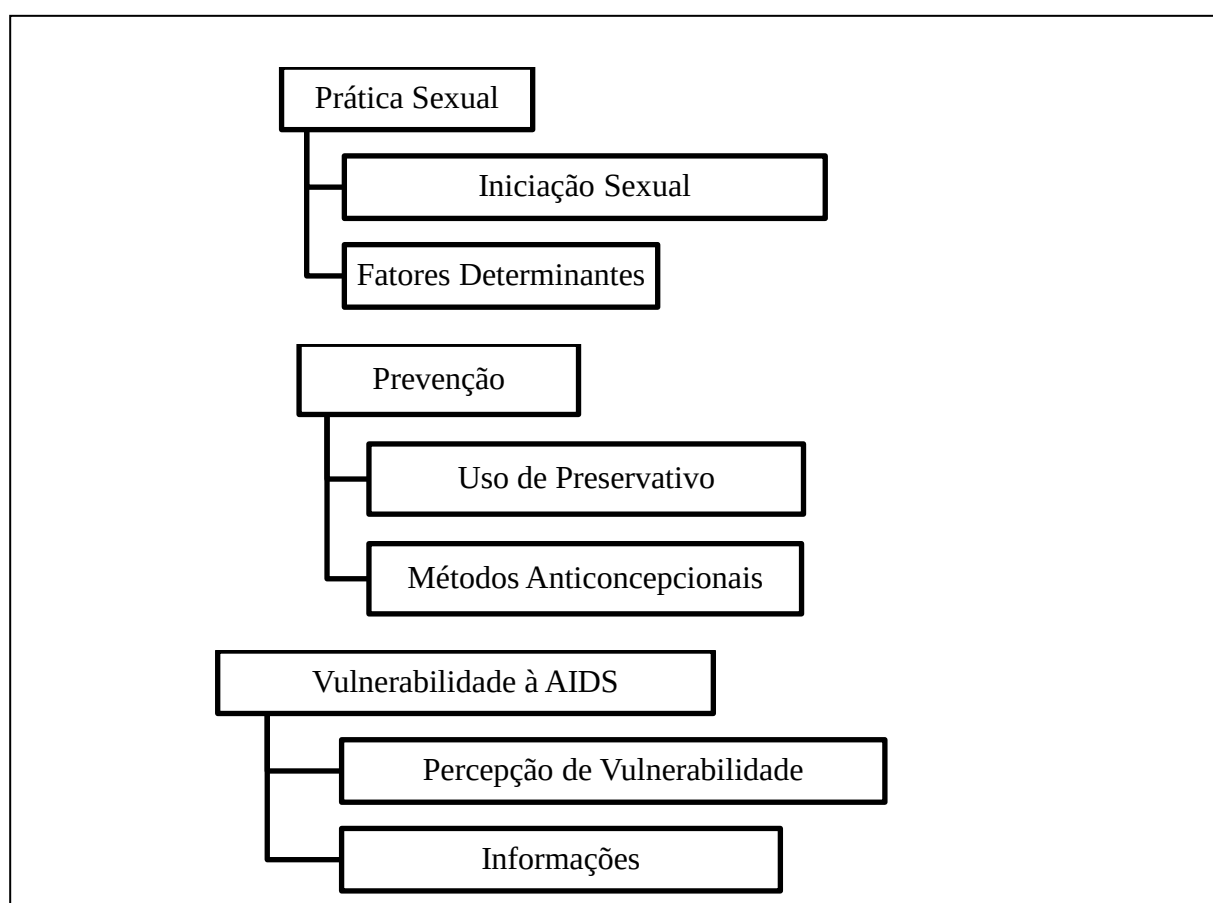
Figura 2 - Classificação das Cidades por Porte Geográfico

Classificação	Cidades	N Participantes
Grande Porte	João Pessoa, Campina Grande, Santa Rita	2.119 24,7%
Médio Porte	Patos, Bayeux, Sousa, Cajazeiras, Guarabira	1.421 16,6%
Pequeno Porte	Cabedelo, Sapé, Mamanguape, Queimadas, Pombal, Monteiro, Esperança, Catolé do Rocha, Solânea, Areia, Itabaiana, Rio Tinto,	2.860 33,3%

	Itaporanga, Mari, Cuité	
Zona Rural	Conde, Caaporã , Picuí, Alhandra, Sumé, Piancó, Boqueirão, Coremas, Pilar, Lucena, Nova Floresta	2.186 25,5%

No que se refere aos grupos focais emergiram três categorias temáticas, conforme pode ser observado na Figura 3. A primeira denominada Prática Sexual, tem duas sub-categorias – Iniciação Sexual, e Fatores Determinantes; a segunda categoria, denominada Prevenção, com duas sub-categorias – Uso de Preservativo e Métodos Anticoncepcionais; e a terceira categoria, Vulnerabilidade à AIDS, de onde emergiram duas sub-categorias: Percepção de Vulnerabilidade e Informações.

Figura 3 – Classes Temáticas e Categorias Emergentes dos Grupos de Discussão



Os resultados apresentados se originaram de dois processos - análises dos questionários quantitativos e dos grupos focais – que, por serem complementares, serão apresentados conjuntamente.

5.1 – Perfil da Amostra

A amostra foi composta por 8.741 adolescentes, sendo 61,6 % do sexo feminino, com média de idade de 16 anos com Desvio Padrão (DP) de 2,3, em sua maioria estudantes do ensino Médio (97%) e solteiros (97%) e etnia declarada parda (47%). Apenas 24% afirmam exercer alguma atividade laboral, no entanto apenas 12% com remuneração. Em relação à religiosidade, dentre aqueles que responderam a esta questão, 5% se descreveram como nada religiosos; 44% como pouco religiosos; 45% como religiosos e 6% como muito religiosos. Do total, 65% se auto-intitulam católicos, 16% evangélicos e 14% afirmam não professar nenhuma religião. Estes dados podem ser observados na Tabela 5.

No que se refere à iniciação sexual desta amostra, 2.732 participantes declaram terem vida sexual ativa (31,5%), com iniciação em média aos 14,9 anos de idade, dos quais 64% são do sexo masculino, alunos do 1º anos do ensino médio (41%), 47% se declararam de etnia parda e 63% não exercem nenhum tipo de atividade laboral, remunerada ou não.

Tabela 5 – Características sócio-demográficas da Amostra segundo a Experiência Sexual* e Porte das Cidades**

Variáveis	Geral (N=8.586)		C/Experiência Sexual (N=2.687)			Porte das Cidades							
						Grande (N=2.131)		Média (N=1.421)		Pequena (N=2.860)		Rural (N=2.329)	
	N	%	N	%	P****	N	%	N	%	N	%	N	%
Gênero													
Masculino	3.357	38,4	1.738	63,6		895	42	529	37,2	1.076	37,6	853	36,6
Feminino	5.388	61,6	994	36,4	,000	1.236	58	892	62,8	1.784	62,4	1.476	63,4
Faixa Etária													
12 – 14 anos	749	8,6	128	4,7		191	9	94	6,6	207	7,2	257	11
15 – 16 anos	3.938	35,1	975	35,7		1.026	48,1	741	52,1	1.187	41,5	984	42,2
17 – 18 anos	3.101	35,5	1.193	43,7		750	35,2	461	32,4	1.086	38	804	34,5
19 - 20 anos	953	10,9	436	16	,000	164	7,7	125	8,8	380	13,3	284	12,2
Escolaridade													
Fundamental (8º/9º)	242	2,8	61	2,2		23	1,1	10	0,7	77	2,7	132	5,7
Médio (1º ano)	3.782	31,4	1.121	41		962	20,5	586	41,2	1.284	44,9	950	40,8
Médio (2º ano)	2.746	22,5	867	31,7		709	33,3	567	39,9	800	28	670	28,8
Médio (3º ano)	1.971	2,8	683	25	,000	437	45,1	258	18,2	699	24,4	577	24,8
Estado Civil													
Solteiro	8.450	96,7	2.451	63,6		2.069	97,1	1.382	97,3	2.776	97,1	2.223	95,4
Casado	276	3,2	276	36,4	,000	56	2,6	37	2,6	82	2,9	101	4,3
Trabalho													
Remunerado	1.056	12,1	512	18,7		302	14,2	155	10,9	325	11,4	274	11,8
Não Remunerado	1.086	12,4	996	18,2		195	9,2	151	10,6	388	13,6	352	15,1
Nenhum	6.595	75,4	1.723	63,1	,000	1634	76,7	1.115	78,5	2.147	75,1	1.699	73,1

Etnia Declarada														
Branca	2.966	33,9	935	34,2		692	32,5	514	36,2	980	34,3	780	33,5	
Parda	4.141	47,4	1.227	46,6		963	45,2	699	49,2	1.370	47,9	1.109	47,6	
Negra	938	10,7	327	12		274	12,9	113	8	278	38	273	11,7	
Indígena	581	6,6	168	6,1	0,05	172	8,1	77	5,4	201	13,3	131	5,6	,000
Religiosidade														
Religioso/Muito	4.424	47,9	1.603	40,1		1.093	52,3	764	53,8	1.424	49,8	1.143	49,3	
Pouco/Nada	4.194	50,6	1.096	59,3	,000	1.016	47,7	642	45,2	1.388	48,6	1.148	49,1	,000
Religião														
Católica	5.682	65	1.707	62,5		1.067	50,1	1.011	71,1	2.009	70,2	1.595	68,5	
Evangélica	1.407	16,1	335	12,3		585	27,5	175	12,3	369	12,9	278	11,9	
Espírita	30	0,3	06	0,2		10	0,5	2	0,1	13	0,5	5	0,2	
Nenhuma	1.249	14,3	52	21,5		375	17,6	157	11	366	13,1	351	15,4	,000
Não resposta	174	1,4	588	1,2	,000	37	1,7	34	2,4	60	2,1	43	1,8	

* 55 participantes não responderam sobre a iniciação sexual.

** Amostra Total

***Qui-quadrado entre os grupos com e sem experiência sexual.

Os dados demonstraram que a principal crença religiosa está vinculada ao cristianismo (católicos e evangélicos), indo ao encontro das ideologias brasileiras, portanto transmitidas pelas famílias e pelas instituições sociais. Segundo Antoniazzi (2003) a Paraíba apresenta 94,2% de pessoas, de todas as faixas etárias, que se declaram católicas, porém na prática frequentam outros cultos ou não profetizam os credos da religião. Contudo, várias pesquisas têm indicado que a religião, a família e os grupos aos quais as pessoas pertencem afetam fortemente suas atitudes e sustentam um conjunto de diferentes normas em relação à sexualidade (Paiva, Aranha & Bastos, 2008).

As inter-relações entre religião e comportamento sexual ainda são pouco exploradas na literatura. Do ponto de vista da vulnerabilidade ao HIV, Paiva, Calazans, Venturi e Dias (2008) relatam que a proporção significativamente crescente de católicos que iniciaram a vida sexual com preservativo é importante, assim como o crescimento da proporção de jovens pentecostais sexualmente ativos em 2005, - 41% em relações eventuais - sem que tenha crescido o uso de preservativo neste grupo, considerando-se resultados de pesquisas de 1998.

Tendo em vista que na Paraíba ser católico não representa crer na ideologia da religião e segui-la, associou-se a religião com o nível de religiosidade descrita pelo próprio participante, os dados demonstraram que os adolescentes que se consideram religiosos ou muito religiosos, tiveram uma média menor de iniciação sexual em comparação ao grupo que se descreveu como nada religioso ou pouco religioso, com diferenças significativa ($p < 0,05$), descrito na Tabela 6.

Tabela 6 – Religiosidade e Iniciação Sexual

Religiosidade	Iniciação Sexual	Porcentagem
Nada religioso + Pouco religioso	1581	59,6*
Religioso + Muito religioso	1073	40,4*

*Apresentou diferença estatística segundo o Teste t de Student ($p < 0,05$)

Porém, ao se relacionar a religiosidade à utilização de preservativo na primeira relação sexual, não houve diferenciação significativa entre os dois grupos, não corroborando com a pesquisa desenvolvida por Berquó, Barbosa e Lima (2008), sobre o uso do preservativo nas relações sexuais e religião. Para os adolescentes paraibanos, o maior uso do preservativo correspondeu às categorias "nenhuma" e "outras" religiões, que não diferiram entre si, e as menores proporções de uso corresponderam às religiões cristã, protestantes e católicos.

Esta indiferenciação observada pode ser analisada pelo universo adolescente e as crescentes vinculações de métodos preventivos para essa população, tendo em vista que além do discurso religioso o adolescente se depara com o discurso médico e o do Estado sobre o controle da natalidade. Observa-se, portanto que, embora a crença religiosa e as instituições apresentem um código de moral e um princípio de conduta a seguir, os adolescentes na sua formação ética experimentam e se locomovem dentro das várias alternativas dadas em seu meio social (Foucault, 1994), fazendo uso da experimentação para a delimitação de suas condutas e seu comportamento real.

No momento que a primeira instância da crença religiosa é quebrada - a iniciação sexual fora do casamento - os púberes podem se guiar por ideais não vinculados a esse aparato e se associar a outros discursos presentes no meio social. Contudo, percebe-se que o uso constante do preservativo não é referenciado em nenhum

dos dois grupos, pois ao serem questionados sobre o uso do preservativo em todas as relações sexuais, 43% dos nada ou pouco religiosos e 44% dos religiosos ou muito religiosos relataram que fizeram uso só algumas vezes, não apresentando diferença significativa (segundo o teste t de Student).

A virgindade não é simplesmente uma abstenção preliminar à prática sexual, ela é uma escolha, um estilo de vida, uma forma elevada de existência que o adolescente escolhe, no cuidado que tem consigo mesmo (Foucault, 1985). A partir dos dados coletados, ainda que não detenha a hegemonia do poder social como mantenedor das normas de conduta, o discurso religioso ainda se faz presente influenciando na iniciação sexual. Neste sentido, a religião, para aqueles que a praticam realmente, se apresenta como um fator que arroga uma menor vulnerabilidade às DST/HIV e gravidez na adolescência, devido principalmente, a prerrogativa do celibato antes do matrimônio.

5.2 – Prática Sexual

5.2.1 – Iniciação Sexual

Os resultados demonstram que dos 8.741 adolescentes entrevistados, 2.732 já iniciaram sexualmente, correspondendo 31,5% do total. Destes, 64% são do sexo masculino e 36% do feminino (36%), com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$). O primeiro intercurso sexual aconteceu para as adolescentes do sexo feminino em média aos 15,6 anos (DP = 1,6), enquanto para os adolescentes do sexo masculino a média de idade de iniciação foi menor, aos 14,6 anos (DP = 1,6).

Este aspecto, semelhante para todas as regiões do Estado da Paraíba confirma a manutenção dos papéis diferenciados para homens e mulheres principalmente no contexto dos relacionamentos afetivos-sexuais, onde ao homem é cobrado a iniciação

sexual mais precocemente para afirmação de sua masculinidade, conforme é evidenciado nos discursos dos adolescentes entrevistados:

“Os meninos começam a transar primeiro para se sentirem homens. Até os pais, às vezes, levam seus filhos, lá para o cabaré, para o filho se sentir homem”. (Masc/GP)

Os meninos têm, por exemplo, um amigo que já pegou uma menina, ele então pensa, pô não vou ficar para traz...
(Masc/PP)

Quando colocado em foco de discussão a iniciação sexual dos adolescentes, ainda que existam opiniões que remetam a uma naturalização da precocidade, - *...para mim também é normal, eu acho que já ficou normal, assim para mim é normal, eu nunca pratiquei não, mas para mim é normal...(Fem/PP)* - prevalecem discursos que ressaltam a precocidade, abordam as consequências e associam a primeira relação sexual ao amor, contrariando as “regras do ficar”. Esperado como um discurso feminino, neste estudo emerge também nas falas masculinas, conforme descrito abaixo:

A idade ideal de começar a vida sexual, eu acho que assim, ter um certo amadurecimento, ter um certo conhecimento de mundo mais avançado, saber distinguir o certo do errado. (Fem/ZR)

A iniciação está acontecendo cedo demais, tem muitas meninas que não ligam com as coisas, com o futuro delas, só quer ta ali, e não pensam nas consequências. (Masc/ZR)

...não espera chegar aquele momento, assim, a relação sexual é como se fosse, assim, é a primeira vez, é um homem e

uma mulher virgem, até aquele momento especial, num é pra ta fazendo assim a qualquer hora com qualquer um, qualquer outro. (Fem/MP)

Eu acho que a iniciação sexual seria ideal com o casamento, você já fez tudo do começo. (Masc/ZR)

A iniciação está cada vez mais cedo, acho que a primeira vez tem que ser com uma pessoa que você goste. (Fem/GP)

Apesar das similaridades, pode-se observar diferenças no número de adolescentes que já iniciou a prática sexual quando analisado por regiões geográficas, conforme pode ser visto na Tabela 7. A partir de testes estatísticos (*t* de Student) foram encontradas diferenças significativas entre as cidades de Grande Porte e às de Médio e Pequeno Porte, enquanto a Zona Rural e as cidades de Pequeno Porte apresentaram diferenças significativas frente às cidades de Médio Porte. Ainda que apresentando perfis semelhantes, os adolescentes das cidades de Médio Porte, inclusive com a média da idade de iniciação sexual similar, apresentaram menor índice de iniciação sexual.

Tabela 7 – Classificação das Cidades, tendo como base a população total e a iniciação sexual

Cidades	População Total	Iniciação Sexual	Percentagem
Grande Porte	2112	721	34 [*]
Médio Porte	1412	381	27 [*]
Pequeno Porte	2835	880	31 [*]
Zona Rural	2172	705	32,5 [*]

^{*} Teste *t* de Student para análise das variáveis ($p < 0,05$)

A diferenciação de gênero também se mantém em relação ao primeiro parceiro sexual, principalmente em relação à idade ($p < 0,05$). Enquanto as meninas têm seu primeiro intercurso sexual com parceiros de até 60 anos, com média de idade de 21 anos ($DP = 5,1$), os meninos têm sua iniciação com parceiras com média de idade de 16 anos, variando até 40 anos ($DP = 3,5$). Essa diferença é justificada pelas adolescentes pela maior experiência, responsabilidade e recursos para arcar com as consequências do ato, principalmente no caso de uma gravidez indesejada.

“As mulheres preferem parceiros mais velhos porque têm experiência. Se a mulher engravidar, com certeza esse parceiro mais velho já vai ter responsabilidade para assumir”.
(Fem/GP)

“Eu acho que é importante é o cara ter responsabilidade, para mim um cara de trinta anos pode ter mais do que um de quinze. Primeiro porque já trabalha”. (Fem/GP)

“Tem família que já vem de casa, o pai mesmo coloca o menino junto com uma garota de programa já para ele adquirir experiência, já ai é que depois é que o menino vai poder repassar a experiência adquirida por ele para outras meninas que estão inocentes ainda”. (Fem/MP)

“Porque geralmente as meninas gostam de homens mais velhos e os meninos mais de meninas mais novas, acho que elas querem adquirir a experiência que os meninos têm e os meninos não querem se mostrar como inexperiente”. (Fem/MP)

“As meninas de 16 já querem os de 20, sempre vai querer os mais velhos”. (Mas/ZR)

A iniciação sexual com parceiro mais velho pode levar um maior risco de contaminação às DSTs pela maior probabilidade de multiparceira pelos homens. Além disso, segundo Heilborn (2006), as mulheres que começaram sua vida sexual antes dos dezoito anos ficam grávidas com maior frequência quando o parceiro é mais velho que elas do que no caso de ter a mesma idade. Este risco é relatado pelos adolescentes em seus discursos.

“As adolescentes procuram homens mais velhos, mais experientes, são eles que não usam os preservativos e por isso essa questão”. (Fem/PP)

“... as meninas ficam com meninos mais velhos, por quererem adquirir experiência (...) e elas por achar bom estão indo, sem ter uma visão do que pode acontecer, sem informação”. (Fem/PP)

“Os homens mais experientes não querem usar e não usam (preservativo)”. (Fem/ZR)

5.2.2 - Fatores Determinantes para a Iniciação Sexual

A partir dos resultados obtidos nos questionários e grupos de discussão, foram elencados quatro fatores que predis põem à iniciação sexual precoce dos adolescentes: a influência dos pares, da mídia, as crenças e normas culturais e, o uso de álcool.

Os discursos evocados com referencia às consequências das da iniciação sexual precoce apresentam diferenças associadas às diferentes regiões do Estado. Para os adolescentes das cidades de Grande e Médio Porte a iniciação sexual precoce se dá por influência, seja dos amigos, da sociedade ou da mídia. Já os adolescentes de cidades de

Pequeno Porte e da Zona Rural, ao discutir a iniciação sexual, levantam a necessidade de ter maturidade e de pensar nas consequências do ato.

A iniciação sexual cedo acabou virando moda, acaba sendo por curtição, influência dos amigos, não é com a pessoa que você gosta, muitas vezes nem sabe por que, mas na pressão de todos rola. (Masc/GP)

...porque menino tem conversa de derrubar avião e as meninas caem na conversa deles, eu acho que por influências de amigos, de amigas, que já são mulheres, que já são mais maduras, aí as adolescentes de hoje em dia caem, aí a pessoa fica mal falada. (Fem/MP)

Eu acho que tá incentivando mais os jovens a ter relação sexual mais cedo, essas campanhas que fazem por aí nos postos de saúde, nos colégios, use preservativo, previna disso, previna daquilo, aí quer ter relação sexual cedo, essas campanhas que tem por aí, incentiva muito os jovens a ter relação sexual cedo... (Fem/MP)

Tem meninas que amam tanto o namorado que quando o namorado diz “Ah, eu quero que você me dê uma prova de amor, se você me ama você faz comigo e se você não me ama você não faz” Aí, como aquela menina gosta muito daquela pessoa, ela nem pára pra pensar que aquela pessoa não a ama de verdade, por que quem ama cuida e quem ama também espera. (Fem/MP)

...não é só transar, já estão ficando grávidas com essa idade, 12 e 13 anos. (Fem/PP)

Algumas meninas com 14 anos já estão com filhos nos braços, eles começam muito mais cedo. (Fem/PP)

Eu acho que assim, ter um certo amadurecimento, ter um certo conhecimento de mundo mais avançado, saber distinguir o certo do errado. (Fem/ZR)

A iniciação sexual cedo traz justamente consequências que esta acontecendo hoje em dia, que faz, não sabe exatamente o que está fazendo e aparece grávida, aí vem um problema. (Fem/ZR)

A iniciação está acontecendo cedo demais, tem muitas meninas que não ligam com as coisas, com o futuro delas, só quer tá ali, e não pensam nas consequências. (Mas/ZR)

A este respeito, Brown (2002) investigou a influência da mídia na sexualidade do adolescente abordando o aumento do conteúdo sexual nas diversas mídias, constatando que as mesmas podem influenciar na formação da identidade sexual dos adolescentes, em seus valores e crenças sobre sexo e relacionamentos, podendo quebrar barreiras culturais em um mesmo país. Entretanto, o autor afirma que as diferenças culturais ainda existem, porém cria-se uma tendência comportamental que vai se adaptar a cada contexto, trazendo em si características comuns entre elas.

A diferença entre os gêneros também é incentivada pela mídia, conforme relatado por Macdonald (1999) ao analisar filmes destinados a adolescentes que abordavam a iniciação sexual, concluindo que a maneira que este tema é abordado

reflete o paradigma dominante da diferenciação de gênero. Estes mesmos resultados também foram observados por Hyde e Joffe (2000), por meio de uma revisão de literatura abordando a influência dos pares, pais, mídia e escola na transição da adolescência para a heterossexualidade adulta, destacando a função da mídia como encorajadora dos papéis tradicionais de gênero.

Considerando a questão cultural, foi investigado se algumas crenças populares acerca da sexualidade em relação às diferenças entre os gêneros ainda perduram no imaginário dos adolescentes. De um modo geral, os adolescentes concordaram que os homens têm maior necessidade de sexo do que as mulheres. No entanto, há diferença entre os gêneros quando instados a concordar que os homens só pensam em sexo e que não precisa existir amor para o intercurso sexual. Os adolescentes do sexo masculino discordam que quanto ao homem só pensar em sexo, enquanto as adolescentes femininas concordam e, inversamente, os adolescentes concordam que não precisa ter amor para se relacionar sexualmente, enquanto as adolescentes concordam. Estes dados podem ser observados na Tabela 8.

Tabela 8 – Concordâncias e Discordâncias dos Adolescentes acerca das Crenças sobre a Sexualidade (N = 8.741)

Crenças	Homens (N=3.357)		Mulheres (N=5.388)	
	Concordância	Discordância	Concordância	Discordância
O homem tem mais necessidade de sexo do que as mulheres.	72,5%	27,5%	83,4%	16,6%
O homem só pensa em sexo.	40%	60%	72%	28%
É importante para a mulher casar virgem.	48,7%	51,3%	67,8%	30,9%
É melhor ficar do que namorar.	40%	60%	19,4%	80,6%

Não precisa amar para transar	71,6%	28,4%	22,4%	77,6%
----------------------------------	-------	-------	-------	-------

p<0,001, segundo o teste t de Student

Essa diferença de concepção socialmente construída entre os gêneros, estatisticamente significativa, que se mantém na sociedade pós-moderna, é justificada como um próprio processo biológico, portanto, sem possibilidade de controle ou até mesmo de discussão. O desejo masculino é descrito como necessário, como fator da própria gênese do indivíduo, fazendo parte da sua natureza, “comprovado cientificamente”, conforme exemplos de discursos dos participantes.

“Para os homens eu creio que não é necessário, eles querem e já pegam a primeira, não precisa amar”. (Fem/GP)

“Acho que pra o homem é mais, a mulher nem liga tanto, o homem tem a necessidade, é a mesma coisa da necessidade de beber água, a mesma coisa é de sexo” (Fem/MP)

“Os homens pensam, diariamente, toda hora, a cada minuto e a cada segundo em sexo e também tem necessidades, mais que as mulheres”. (Fem/PP)

“Os homens têm mais desejo que as mulheres, isso está comprovado cientificamente”. (Mas/ZR)

Conforme observado, a concordância das mulheres quanto à maior necessidade masculina de sexo é sustentada no determinismo biológico, indicativo da supremacia da masculinidade, particularmente, quando se refere à vivência da sexualidade. Essa percepção é construída socialmente, criando estereótipos em que a sexualidade

masculina é reconhecida como incontrollável, cheia de permissões e incentivos, e a sexualidade feminina é recheada de cobranças e restrições, devendo ser despertada e estar subordinada à vontade do homem (Souza, Corrêa, Souza & Bezerra, 2001).

Por outro lado, a menor concordância dos homens quanto às referidas proposições podem revelar uma contrariedade ao modelo de masculinidade imposto, moldando sua substancia ética em contrapartida as alternativas normalizantes apresentadas pela sociedade e seu conjunto de regras. Borges e Schor (2007) apontam para a existência de outros referenciais para a experiência da sexualidade masculina – além dos tradicionalmente imbuídos à masculinidade – os quais possam contemplar questões relacionadas ao amor, ao romance e ao compromisso nos primeiros relacionamentos amorosos.

Buscando compreender a diferenciação entre os gêneros e os discursos sociais sobre o papel da mulher e sua concepção quanto o momento de iniciação sexual foi indagado aos adolescentes que já haviam iniciado suas vidas sexuais “se é importante para a mulher casar virgem, com o que 31% das mulheres e 49% dos homens concordaram. No entanto, quando questionados nos grupos de discussões, os adolescentes se posicionaram de forma contraditória, em favor da manutenção da virgindade ou falando acerca da valorização social da sociedade. A partir dos exemplos de discursos dos adolescentes, observa-se que os preceitos e concepções sobre virgindade feminina ainda vigoram de forma atuante nos discursos dos adolescentes, criando uma disparidade entre contexto social e comportamento individual.

“É o que a gente escuta, a menina não é mais virgem, ela se perdeu, perdeu o brilho e a honra.” (Fem/GP)

“... eu acho que é importante a mulher casar virgem, já os meninos eu nem acho tanto, sei lá, é a vida deles. Agora, as

meninas, eu acho assim, se você tá namorando com um menino e rola, daí, depois você tá com outro e daí começam a falar de você “Ah, eu já peguei, já fiz”, tem casos que isso acontece”.
(Fem/MP)

Eu acho que, é a maior prova de amor que ela pode dá pro seu esposo, é que ela se guardou até o casamento, daí o homem vai ficar mais entusiasmado, ele vai amar ainda mais.
(Fem/MP).

Eu acho que enquanto as meninas não se entregam pra eles, eles ficam mais apaixonados ainda. (Fem/MP)

Eu já ouvi o homem dizer assim, que tem a mulher pra casar e a mulher pra se divertir, por que diz que não quer uma mulher que dá a todo mundo. (Fem/MP)

Para mim, para a minha vida eu ainda concordo com a virgindade, para mim a menina tem que ser mulher depois de casada. (Fem/GP)

As meninas que não são virgens e já teve vários parceiros, se um dia elas quiserem casar, ter uma família, elas vão ter que sair da cidade. (Fem/GP)

“Bem, eu penso em me casar com uma mulher virgem, ela não precisa ser virgem (no casamento), pois no decorrer do tempo eu vou tirar a virgindade dela. Pois eu não quero uma mãe para o meu filho assim, que ela já tenha ficado com 10, 15 assim, para quando meu filho estiver grande alguém dizer eu já peguei sua mãe”. (Mas/PP)

“Só que assim, tem muito menino, eu já vi muito, já vi, meninos que querem aproveitar, aproveita, aproveita, e no final só querem casar com uma menina virgem”. (Mas/ZR)

Ele ta falando em preconceito, mas ele vai preferir mesmo aquela que se guardou pra ele, que ele sabe que ninguém tocou nela. (Mas/MP)

Eu acho que é até melhor mesmo, por que o homem já tem uma certa segurança com ela, tipo “Ela é minha, só minha e pronto”. (Mas/MP)

Quem é que quer se casar com uma menina furada? Eu que não quero. (Masc/GP)

A gente para namorar não quer uma menina virgem, mas para casar tem que ser. (Masc/GP)

Quando um cara namora ou vem a se casar com uma mulher que não é mais virgem fica pensando: Será quem pegou ela antes de mim? O que os outros estão falando de mim? (Masc/GP)

Frente às diferentes regiões geográficas as cidades de Grande Porte apresentaram os menores índices de concordância comparadas às demais regiões, com diferenças significativas ($p < 0,001$, segundo o teste t de Student). As cidades de Médio Porte, Pequeno Porte e Zona Rural não apresentaram nenhuma diferença significativa entre elas.

Em relação ao gênero feminino, observa-se uma dissonância entre crença e comportamentos das adolescentes que já iniciaram a vida sexual, visto que 31% delas

acreditam na necessidade da virgindade para o casamento, porém já não são mais virgens, levando a uma desvalorização da própria conduta, ou da visão pessoal. Essa dissonância pode ter sua origem em dois pensamentos distintos: o movimento feminista, que apresentou à sociedade a liberdade sexual e igualdade entre os sexos; e a concepção da submissão feminina, das diferenciações de gênero, primazia do sexo masculino e o ideal do amor romântico e eterno, o qual está associado ao matrimônio e a maternidade. Durante a adolescência essas jovens irão experimentar e formar sua substância ética dentro das morais que lhe são impostas, portanto essa dissonância entre o crer e o realizar, pensar e comportar se apresentam de forma mais dominante na apropriação da personalidade, provocando nas mesmas conflitos e dúvidas (Foucault, 1997; Saldanha, 2003).

Em relação à crença masculina na necessidade da virgindade da mulher para o casamento, variando de 41,5% nas cidades de Grande Porte e chegando a 50% nas cidades de Médio e Pequeno Porte e Zona Rural com diferença significativa ($p < 0,005$, segundo o teste t de Student) , demonstram que nessas localidades ainda vigora os tradicionais papéis de gênero. Esses dados foram comprovados por Carvalho, Rodriguês e Medrado (2005) em estudo em uma cidade de pequeno porte em Minas Gerais sobre estereótipos e relacionamentos sexuais. Revelaram uma percepção sobre relações e papéis de gênero ainda muito orientado por valores tradicionais, com uma primazia masculina sobre a descoberta do corpo, do prazer e da liberdade sexual, destinando à mulher um lugar de subalternidade, nessas relações, dando ênfase a maternidade e matrimônio. Apesar da concepção tradicionalista dessas regiões, não foi fator determinante para a iniciação sexual de seus adolescentes, e a concepção da virgindade feminina entre as adolescentes que já iniciaram sexualmente se mantiveram na média de 30% em todo o Estado.

Entretanto, observa-se que apesar dessa diferenciação entre as localidades, o estereótipo da virgindade feminina ainda se mantém em uma parcela da população masculina, isso se deve pela própria cultura brasileira, perdurando uma cobrança para o início da atividade sexual masculina, e uma pressão social, da qual a família compartilha, para que esta iniciação se dê de forma rápida, enquanto que, em oposição, o discurso acerca da sexualidade feminina sustenta-se na moralidade e na repressão (Abramovay, Castro & Loreno, 2004).

Frente à afirmativa de que “não é preciso amar para transar”, dentre os já iniciados sexualmente a maioria dos rapazes concordaram, enquanto a maioria das mulheres discordaram, com diferenças significativas ($p < 0,001$, segundo o teste t de Student). Estes dados são evidenciados nos discursos dos participantes:

“O amor é essencial para transar, ela quer um homem que entenda ela, um homem que compartilhe coisas com ela, elas querem um homem que combine com elas, esse é o príncipe encantado, o homem que as amem e só assim elas querem fazer amor”. (Fem/GP)

“Eu acho que é verdade, precisa amar e ter confiança”. (Fem/PP)

“Ah, por que os homens querem fazer e fazem e não estão nem aí é só por prazer mesmo, com a mulher envolve mais sentimento”. (Fem/MP)

“Para mim tem que ter amor, por ser algo muito íntimo”. (Fem/ZR)

“Não, eu acho que não. Eu prefiro transar sem amar”. (Mas/GP)

“Eu não concordo não, por que em qualquer canto você pode arranjar uma companheira pra transar”. (Mas/MP)

“Não, hoje não, hoje por acaso se você encontrar uma pessoa, tipo em uma festa que tem muita gente, encontra alguém ficou ali e pronto, vai tem sua relação e depois vai embora e nunca mais nem vê aquela pessoa”. (Mas/PP)

“Para o homem transar só precisa de uma ereção e de uma mulher, amor só em alguns casos”. (Mas/ZR)

As mulheres relatam que é necessário ter amor e confiança para que ocorra uma relação sexual, observando-se nesse contexto a visualização do parceiro ideal, do companheiro, a figura do “príncipe encantado. Em contrapartida os discursos dos participantes masculinos demonstraram uma valorização da conquista, dando primazia à oportunidade e ao desejo, onde o amor é valorizado, porém não se torna fator exclusivo dessa prática. Relatos estes que demonstram a assimetria sexual das expectativas afetivas, que confirma a valorização das conquistas masculinas pela quantidade e a fixação das mulheres no aspecto romântico e exclusivista de cada envolvimento amoroso, mantendo o casamento como um objetivo primário (Saldanha, 2003). Nesta conjuntura, o discurso dominante e sua relação com o poder disciplinar, reafirmado pela sociedade e seus agentes, ainda vigora de forma extensa na perspectiva feminina, criando a disparidade de ser do outro antes de ser de si.

Além da influência dos pares, da mídia e da cultura, os adolescentes, nos grupos de discussão, citaram os efeitos do uso de álcool como facilitador para a iniciação sexual precoce por desinibir e auxiliar na abordagem ao parceiro.

“As meninas quando bebem se soltam mais, fica mais fácil até para chegar a uma transa”. (Mas/GP)

“Minha iniciação foi através do álcool, a menina também estava chapada, estávamos numa festa, já tínhamos ficado algumas vezes e aí rolou”. (Mas/GP)

“Faz perder a vergonha, facilita na hora de falar com a menina e conseguir algo mais”. (Mas/MP)

“Eu acho que por que os meninos oferecem a bebida aí dão mais para as meninas, pras meninas ficarem com eles, aí eles aproveitam, com certeza, é mais fácil conseguir”. (Fem/MP)

“O álcool serve para se soltar mais, o menino tem vergonha de chegar na menina, de conversar, aí quando ele chega em uma festa para chegar na menina aí ele vai beber para se soltar mais e também não ter vergonha”. (Mas/PP)

“Você tá bêbado e pronto, você já perdeu, aconteceu, muitas vezes acontece assim, a primeira vez”. (Fem/PP)

“As meninas se embriagam e acabam fazendo tudo que não presta, acaba indo para a cama de qualquer um”. (Mas/ZR)

“Quando um homem vê uma mulher bêbada ele só quer se aproveitar dela, você não pensa em outra coisa”. (Mas/ZR)

Os estudos epidemiológicos mais abrangentes sobre o uso de álcool na população geral foram os realizados por Galduróz e Caetano (2004), ao pesquisarem 107 cidades com mais de 200 mil habitantes, detectando que, no Brasil, 5,2% dos adolescentes entre

12 a 17 anos de idade são dependentes do álcool, subindo para 9% quando contabilizados apenas o Norte e Nordeste. Em pesquisa realizada por Geluda, Bosi, Cunha e Trajman (2006), a falta de uso do preservativo por parte dos adolescentes pode estar vinculada ao estado em que se encontram depois de fazer uso de alguma droga, principalmente o álcool e terem relações sexuais.

Em estudo realizado por Amaral (2008) sobre o uso de álcool e a vulnerabilidade à AIDS com adolescentes da Paraíba e Rio Grande do Sul, foi constatado sua influência na atividade sexual precoce e o não uso de preservativos associados ao uso do álcool, o que leva, conseqüentemente, a maior vulnerabilidade à AIDS. Afirmam ainda a expectativa dos adolescentes de que o álcool atue como um facilitador de interações sociais, seja para a socialização, seja para facilitação de interações sexuais. Isolando apenas os dados referentes ao Estado da Paraíba, dentre os 107 adolescentes paraibanos que afirmaram fazer uso do álcool, ao serem questionados quanto o uso de bebidas nas relações sexuais, 11% afirma que fazem uso de álcool nas relações sexuais algumas vezes, além do uso de relações sexuais desprotegidas, o que os torna mais vulneráveis aos riscos de contrair a AIDS e de gravidez não planejada.

5.3 - Conhecimento dos Métodos Anticoncepcionais e de Proteção às DST's

5.3.1 – Uso de Preservativo

Com o objetivo de explicitar a vulnerabilidade dos adolescentes, a Tabela 9 apresentará os dados em relação à **ausência do uso** de preservativo tanto no primeiro intercurso sexual quanto na última relação sexual, bem como seu **uso** em todas as relações sexuais (sempre, algumas vezes, nunca). Estes dados serão ainda apresentados por gênero e por porte das cidades.

Tabela 9 – Ausência do Uso de Preservativo na Primeira e Última Relação Sexual e Uso em Todas as Relações Sexuais (N = 2.725)

Variáveis	Gênero			Porte Cidades				
	Masc.	Fem.	<i>p</i>	GP	MD	PP	ZR	<i>p</i>
1º Intercurso	35%	39%	,01	40%	38%	34%	35%	,06
Última Rel. Sexual	21%	43%	,00	34%	30%	26%	28%	,01
Todas Rel. Sexuais								
Sempre	53%	34%		42%	45%	49%	47%	
Algumas Vezes	36%	54%		44%	39%	41%	44%	
Nunca	10%	11%	,00	12%	13%	8%	8%	,01

Ao se destacar os dados referentes ao primeiro e ultimo intercuro sexual, observa-se que enquanto o uso de preservativo aumenta para o gênero masculino (14%), cai para o gênero feminino (4%), ou seja, durante o transcurso da vida sexual, os meninos passam a usar mais o preservativo, enquanto as meninas descartam o seu uso. Além disso, ao observar o uso de preservativo em todas as relações sexuais, verifica-se diferença significativa entre o uso sempre, maior entre os meninos, enquanto as meninas referem usar algumas vezes.

O porte das cidades não apresentou diferença estatisticamente significativa em relação ao primeiro intercuro sexual. No entanto, ao se tratar da ultima relação sexual, observa-se menor uso entre os adolescentes residentes em cidades de pequeno porte e zona rural, mas, contraditoriamente, o uso sempre também foi relatado nestas mesmas cidades.

Considerando que as mulheres têm uma maior frequência de relações sexuais – 67,4% afirmam ter tido relações a menos de um mês, enquanto 36% dos homens referem relação sexual no ultimo mês – provavelmente devido à maior prevalência de relacionamento fixo (68,5%) entre as adolescentes, pode-se inferir que as mesmas encontram-se em maior situação de vulnerabilidade à contaminação por DST/HIV.

No que se refere aos adolescentes do sexo masculino, visualiza-se o inverso, com maior assinalamento no uso sistemático de preservativo e menor no uso às vezes, quando comparado às mulheres. Baseado no mesmo pressuposto pode-se atribuir ao fato da multiparceria, visto que 37,6% tiveram quatro ou mais relacionamentos sexuais, e da casualidade das relações, isso é, não são relacionamentos fixos e, portanto, imprevisíveis, não demarcando uma constância no uso.

O preservativo contribui para reduzir o risco de infecções adquiridas através da exposição à região cervical, vaginal, vulvar e anal, ressaltando-se que esta eficácia está diretamente associada ao uso correto e regular, bem como à qualidade do preservativo. Seu uso é permeado por tabus e preconceitos: crenças na promoção da promiscuidade ou na redução da sensibilidade, não aceitação pelo parceiro, idéias equivocadas sobre a eficácia, embaraço relacionado à compra do preservativo e não tê-lo disponível no momento, fortalecem a relutância de muitos para o uso correto e sistemático (Alves & Lopes, 2008). Estes dados também foram encontrados em pesquisa realizada por Guerriero, Ayres e Hearst (2002), onde os garotos alegaram não gostar de usar camisinha e as adolescentes declararam não usá-la porque o parceiro não gosta. Outra concepção também associada ao não uso é que o preservativo incomoda a parceira, não permitindo que a mesma sinta o prazer de forma plena, visto que a preocupação com o prazer feminino parece estar associada ao bom desempenho masculino.

Os adolescentes deste estudo discutiram nos grupos focais os motivos que levam a não usar preservativo, estando relacionado a inexperiência, a existência de crenças negativas, principalmente da redução do prazer, a imprevisibilidade do ato, a dificuldade de obtenção ou acesso, falta de informações e tipo de vínculo.

O fator mais correlacionado a não utilização do preservativo no início da vida sexual, isto é na primeira relação, foi à falta de experiência no primeiro contato sexual e

as crenças oriundas sobre o preservativo. Os adolescentes relatam que na primeira relação sexual existe a dificuldade do uso, o não saber como utilizar adequadamente, a imprevisibilidade do momento e a euforia, além da crença de que a primeira relação não provoca gravidez e nem risco de contágio às DSTs.

“Na primeira vez, não usa o preservativo por falta de experiência, muita gente faz sem saber como usar aí acaba não usando por falta de experiência”. (Mas/GP)

“Tem vezes que acontece mais assim, que não usa por que aquele momento chega de repente, e muitos pensam “Não, é a primeira vez, não tem problema não” (Mas/MP)

“Na primeira eu acho que não, na primeira vez tanto os meninos quanto as meninas querem saber como é, estão na flor assim, estão na flor da pele, só estão querendo saber como é, eles querem sentir tudo, então eles não estão preocupados com mais nada”. (Fem/PP)

“Na primeira relação só pensam no momento, acham que na primeira vez não se pega nada e nem engravida, mas muitas acabam engravidando”. (Fem/ZR)

Outro fator também descrito pelos jovens é a crença negativa de que o preservativo masculino causa insensibilidade e desconforto no ato sexual, diminuindo a sensação de prazer e incomodando o parceiro. Nessas perspectivas as informações que se vinculam no meio de pertença dessa população vão interferir de forma significativa nas atitudes desses adolescentes, criando tabus e estereótipos de comportamento. A falta de preparo prático e a imprevisibilidade do primeiro ato sexual podem acarretar, de

forma significativa, medo e insegurança em utilizar corretamente os meios de prevenção, ocasionando dificuldades de utilização dos métodos preventivos e informações que possam favorecer que os mesmos disponham de uma vida sexual ativa desvinculada das DSTs e Gravidez não planejada.

“Porque o sexo é mais prazeroso sem a camisinha”.

(Fem/GP)

“Assim, eu já vi em jornais que muitos dizem que usar na primeira vez dói, que não presta, que com a camisinha fica tudo mais desconfortável”. *(Fem/MP)*

“Porque a maioria das meninas pensa que sem camisinha é muito mais saboroso o sexo do que com camisinha”.

(Mas/PP)

“De certa forma porque a camisinha tira muito o prazer também, da relação sexual, creio eu que seja uma das formas que leva essas pessoas a não usarem a camisinha”. *(Mas/ZR)*

A baixa adesão ao uso de preservativo durante as relações sexuais nos dois grupos, segundo Moreira (2002), pode estar relacionado ao significado cultural do ato sexual, sua comum associação à vontade, impulso avesso a uma racionalidade ou um planejamento, ou seja, conforme confirmado por Cabral (2003), o comportamento contraceptivo dos adolescentes é marcado por dificuldades para usar adequadamente os métodos anticoncepcionais, especialmente em vista da maior imprevisibilidade das relações sexuais. Esse contexto também se apresentou como um fator que dificulta a utilização do preservativo nos adolescentes paraibanos, como apresentam os relatos abaixo:

“È assim, o cara esta pegando uma menina e aí acontece e na hora não tem camisinha, vai fazer o que? Vai assim mesmo”. (Mas/GP)

“Ninguém fala, vou transar amanhã, acontece e se estiver sem, rola do mesmo jeito e na maioria das vezes a menina até fala pro rapaz usar, mas eles não, não é melhor não, e daí vai, vai embora”. (Fem/PP)

“Ninguém sabe quando vai transar, na hora h ninguém quer fazer de camisinha, na verdade, se tem ou não tem, na maioria das vezes rola do mesmo jeito”. (Mas/ ZR)

O grau de conhecimento sobre as questões reprodutivas, especificidades relacionadas ao gênero, o tipo de envolvimento afetivo do momento, bem como de acesso aos métodos também são citados como dificultadores para o uso do preservativo (Teixeira, Knauth, Fachel & Leal, 2006). A forma de acesso aos métodos preventivos acaba se tornando um fator preditivo para que ocorra uma atividade sexual de maneira segura, e ainda segundo os autores, muitos desses jovens ainda não têm acesso a serviços adequados ao atendimento de suas necessidades em termos de saúde sexual.

Dentro desse contexto observamos que alguns fatores se tornam determinantes para a procura dos jovens pelo sistema de saúde, entre eles podemos destacar o medo, a vergonha e falta profissionais especializados para recebê-los. A grande preocupação em procurar o posto de saúde é o medo da descoberta da vida sexual pelos pais e a vergonha atribuída pela conotação dada pela sociedade para essa iniciação na adolescência, o qual se apresenta como algo vergonhoso, que deve ser escondido.

“Mas se ela faz com o namorado dela, ninguém sabendo, isso aí não é errado não, se ela procura o posto corre o risco de alguém saber e o povo do posto tem um bocão. (Mas/GP)

“Teve uma menina que foi no posto e pediu 10 camisinhas, a mulher do posto ficou falando: Vixe, essa daí veio e pediu 10, deve estar galinhando”. (Fem/GP)

“Outra coisa também é a vergonha, tem muitos que não vão à farmácia com vergonha, chegar lá e dizer “Ei, me dê um preservativo”. Isso acontece, acontece sim. É por que é de menor, a pessoa ainda é de menor e chegar na farmácia pedindo isso, todo mundo vai olhar assim”. (Mas/MP)

“Muitos adolescentes têm vergonha de ir no posto, muitos os pais não sabem que têm vida sexual ativa. Então como ele vai chegar, fazer uma ficha para ser atendido, procurar um médico no hospital é muito complicado, sem contar que no interior todo mundo conhece todo mundo”. (Fem/PP)

“No posto oferece de graça, mas as meninas sentem vergonha de pegar, porque as outras pessoas vão pensar mal e tudo”. (Mas/ZR)

Ainda dentro da temática da utilização do preservativo, pode haver uma relação com o tipo de parceiro envolvido. Os resultados demonstram que entre as adolescentes que relataram já ter iniciado sua vida sexual, 68,4% afirmam que tiveram um único parceiro, enquanto 37,6% dos adolescentes masculinos já tiveram quatro ou mais parceiras após a iniciação. Essa diferenciação entre os adolescentes do sexo feminino e

masculino foi confirmada pela diferença de gênero e os valores atribuído a prática sexual pelo sexo masculino enquanto necessidade física, e feminino como prova de amor.

A utilização do preservativo para estes adolescentes, está associado aos parceiros ocasionais. Para os jovens, estar afetivamente envolvidos, ter confiança, tempo de relacionamento, sentir medo de perder o parceiro (a), associado aos conceitos de fidelidade, estabilidade, parceiro fixo e monogamia, conferem àqueles que exercem estas modalidades de parceria a sensação de sexo seguro e, resultam na decisão de não uso do preservativo (Geluda, Bosi, Cunha & Trajman, 2006). Essa visão de relatividade do uso do preservativo, tendo como base os relacionamentos afetivos pode ser observado através de exemplos de discursos, dos participantes:

“A gente usa com aquela mulher que você sabe que está ficando com todo mundo ou com uma desconhecida. Agora com a namorada que já se confia, não é preciso usar”. (Mas/GP)

“Não precisa usar o preservativo com uma pessoa de confiança, como o namorado”. (Fem/GP)

“Se uma menina chegar para o parceiro e dizer toma usa camisinha... Ta desconfiando de mim? È a primeira coisa que eles vão dizer”. (Fem/MP)

“Principalmente os homens, eu acho que eles usam mais preservativo com as profissionais do sexo, por que daí eles não tem confiança nessas pessoas, daí eu acho que eles usam mais com essas pessoas, já com a namorada usa bem menos”. (Fem/MP)

“Quando você fica com uma menina assim, você fica com ela uma vez, ou ta ficando por pouco tempo claro que você vai, na consciência, na maioria vai a consciência. Mas a menina que já fica a muito tempo ai você já tem outra liberdade, quanto mais tempo fica mais liberdade tem, e acaba não usando”. (Mas/PP)

“Se a minha namorada já usa a pílula, porque usar a camisinha, acho melhor ficar com a pílula”. (Mas/PP)

“Depende do tempo do namoro né. Se for um namoro recente assim, a pessoa fica meio assim né, mas se já for uns 4, 5 anos ai fica mais fácil, a pessoa já conhece o parceiro bem”. (Fem/ZR)

“Ainda depende também do parceiro. Porque muita gente chega mal conhece a pessoa e já começa a namorar, um relacionamento sério sem conhecer um ao outro, nesse caso fica mais difícil ela solicitar o uso do preservativo”. (Mas/ZR)

Neste caso, o tipo de vínculo, ou seja o status do relacionamento afetivo-sexual – *ficar* ou namorar - está influenciando no uso de preservativo. O namoro é entendido como um relacionamento sério, que envolve confiança e o prazer de estar com a pessoa enamorada. O ficar não é apenas descrito como algo passageiro e apenas diversão, ele também é visto como o primeiro passo para um namoro, é uma fase de observar, de conhecer, podendo ser descrito como a transição do imprevisto para o concreto, é a forma que o hoje o púbere descreve como a apresentação ao parceiro, visualização de um provável envolvimento sério, a forma de se conhecer, experimentar. Esse tipo de

envolvimento Gonçalves (2005) descreve como uma experiência de estar com o outro, trocar carícias, descobertas e sensações sobre o corpo e sobre si mesmo, ocorrendo beijos, abraços, e, eventualmente, relações sexuais. Giddens (1993) chama esse relacionamento de amor confluyente, no qual o relacionamento dura enquanto houver a co-satisfação entre os parceiros, diferentemente do amor romântico.

Sobre esse aspecto observa-se que o afeto, o amor e a transa não são questões objetivas, mas que envolvem sentimentos e emoções. Nesse momento, passam a acreditar que, numa relação de amor, usar o preservativo é sinal de desconfiança ou, então, forma de dar liberdade à traição.

Corroborando com esses dados, Azevedo (2007) ao estudar comportamento sexual de adolescentes na Cidade de João Pessoa observou que o preservativo é visto como símbolo de infidelidade ou desconfiança, para ser utilizado apenas em relacionamentos com parceiros “não conhecidos”, ou ainda como obstáculo ao prazer sexual pleno. Sendo assim, o preservativo é usado com relativa frequência entre eles quando se trata de parceria eventual ou relacionada às práticas anticoncepcionais, sendo sua não utilização justificada pelo “conhecimento” e “confiança” no parceiro. O preservativo ainda é pouco utilizado e seu uso é infrequente, havendo uma enorme lacuna entre o nível de conhecimento e o uso efetivo. Esses resultados também foram evidenciados em pesquisa realizada por Taquette, Vilhena e Paula (2004), ao estudarem o uso de preservativo na faixa etária de 15 a 19 anos entre adolescentes do Rio de Janeiro que frequentavam um ambulatório de Saúde do Adolescente, a pesquisa demonstrou baixos índices de uso do mesmo.

Para os adolescentes deste estudo, houve uma maior valorização do namorar em detrimento do *ficar*, conforme os discursos abaixo. Este resultado também foi averiguado em pesquisa realizada por Mariano (2001), no qual se constatou essa

predileção pelos adolescentes, relatando um maior desejo de relacionamentos fixos. Apesar de na contemporaneidade o “ficar” ser uma prática de relacionamento afetivo mais frequente entre os púberes, os resultados apontam que este não é visto como o relacionamento que eles acreditem ser ideal.

“(...) dependendo da fase da pessoa, o namoro que é uma coisa mais séria, uma coisa mais, você se dá mais com a pessoa, ficar mais é uma diversão, coisa de momento, e o namoro é que a pessoa busca uma coisa séria, todo vai pensar que a gente só quer ficar, só quer curtir e tal, mas a gente vai em busca de coisas sérias como namorar”. (Fem/GP)

“Por que pra mim, namoro é aquela fase que você tem a oportunidade de ta conhecendo aquela pessoa e vou ta vendo se aquela pessoa é a que eu quero escolher pra está do meu lado pra o resto da minha vida”. (Fem/MP)

“Tem gente que vai para uma festa e fica com 6, 7 e 8, mas se você não tiver o beijo de quem você gosta, o abraço de quem você gosta é a mesma coisa de você não ter nada”. (Mas/PP)

“O namorar é um elo de confiança”. (Fem/ZR)

“Olhe, na minha opinião é melhor ficar do que namorar. Acho que a gente, agora, na nossa idade num tem que visar mais o namoro, têm que visar mais o futuro os estudos, perder tempo pra namorar”. (Fem/GP)

“Não, não é que você queira ficar com um e com outro, eu acho o seguinte, enquanto você não encontrar uma pessoa que não dê certo pra namorar a gente fica”. (Mas/MP)

“O ficar é como aquela apresentação de antigamente, oi meu nome é tal, só na conversa, a conversa hoje é de língua, esse é o conhecer para o adolescente. Primeiro é o ficar, depois do ficar vêm o namorar”. (Fem/PP)

“Porque é ficando que a gente vai se conhecendo aos poucos”. (Mas/ZR)

No entanto, de acordo com as colocações dos adolescentes, o *ficar* beneficiaria apenas ao gênero masculino, ficando o feminino sujeito às normas sociais que condenam sua prática:

“Só não é feio porque a sociedade colocou que o homem não seria influenciado por essas coisas, se um homem fica com várias meninas, o homem está podendo, mas se for mulher, ela é galinha, é vagabunda é um mundo de coisas”. (Fem/PP)

“Futuramente quando a menina fica com muitos assim, futuramente ela fica escanteada, ninguém quer mais ficar com ela”. (Fem/ZR)

Associando estas colocações com as afirmativas mais desfavoráveis das mulheres aos “é melhor ficar do que namorar”, a possibilidade positiva de variação de parceiras pelos homens, pode-se confirmar que os limites e as proibições ocorrem em maior grau contra as mulheres (Heilborn, 2006). Contudo observamos que esses dados se

apresentaram mais constante nos discursos das Cidades de Pequeno Porte e Zona Rural, o que pode ser explicado pelas relações de gênero bem mais densas, estabelecendo demarcações maiores entre papéis masculinos e femininos (Carvalho, Rodriguês & Medrade, 2005).

Partindo do pressuposto de que o uso de preservativo não é um comportamento individual, precisando ser aceito pelo casal, foi inquirido aos adolescentes que respondesse no questionário se era “difícil convencer o parceiro a usar o preservativo” e nos grupos de discussão os mesmos foram indagados a explicar os motivos que levavam a uma possível dificuldade. No questionário, entre os adolescentes que já haviam iniciado a vida sexual, os dados demonstraram uma diferença significativa ($p > 0,001$, segundo o teste T de Student) entre as respostas femininas e masculinas, conforme pode ser visto na Tabela 10. Este resultado ratifica uma maior dificuldade feminina em negociar o uso do preservativo, estes resultados não se diferenciaram, tendo como base o gênero, em nenhuma classificação geográfica do Estado, demonstrando que as diferenças se mantêm.

Essa mesma alternativa foi correlacionada às classificações das cidades, os dados demonstraram que as respostas das cidades de Grande Porte não se diferenciaram significativamente ($p > 0,05$, segundo o teste T de Student) das cidades de Médio e Pequeno Porte, porém os dados evidenciaram diferenças significativas no que se refere às cidades de Grande Porte e Zona Rural ($p < 0,01$, segundo o teste T de Student), onde o primeiro apresentou uma menor dificuldade de transação entre os parceiros. Estes dados podem indicar, maior dificuldade em negociar o preservativo com o parceiro (a) em comunidades menores, que tem como regime de conduta uma visão dos papéis sociais muito mais delimitados, onde o sexo masculino tem a primazia e demanda a conduta do

ato sexual, fato esse evidenciado na perspectiva do ficar entre os jovens (Carvalho, Rodriguês & Medrade, 2005).

Tabela 10 – Concordância sobre a dificuldade em convencer o parceiro a usar preservativo, segundo gênero e porte das cidades (N = 2.725)

Variável	Gênero			Porte Cidades			
	Masc.	Fem.	<i>p</i>	GP	MD	PP	ZR
É difícil convencer o parceiro a usar o preservativo	21%	31%	,00	21%	24%	25%	27%

Os motivos da dificuldade em pedir ao parceiro para usar o preservativo, discutidos nos grupos pelos adolescentes, são diferentes entre os gêneros. Para as meninas, a dificuldade está no medo de desagradar e perder o parceiro ou por passar uma visão de “serem experientes”. Para os meninos o comportamento da parceira em solicitar o uso do preservativo gera desconfiança. Estes diferentes pontos de vista levam a ausência de diálogo e conseqüentemente da negociação quanto ao uso, criando uma zona de silêncio, onde o medo das conseqüências limita as ações, levando-os a um contexto de vulnerabilidades.

“Se o namorado não quiser a mulher não usa, pois fica com medo de perder ele”. (Fem/GP)

Algumas podem ficar preocupadas porque se você falar que quer camisinha, talvez o namorado ache ruim, um absurdo. Aí ela fica com medo e o namorado pode falar que ela não confia nele. (Fem./GP)

“A mulher não pede para o namorado, tem medo dele não gostar ou achar ela experiente demais, já rodada”. (Fem/MP)

“Na verdade é difícil pedir ao namorado, eles dizem que não, é melhor não”. (Fem/PP)

“A menina tem vergonha de pedir para o namorado usar preservativo, tem medo dele não gostar”. (Fem/ZR)

“Se minha namorada pedir eu vou pensar na hora: Alguma coisa tem aí, ela fez algo errado”. (Mas/GP)

“Com o namorado a exigência do preservativo pode ocorrer brigas e podem perguntar: porque isso agora? Você não está confiando em mim”? (Mas/PP)

Eu acho que quando um parceiro a longo tempo pede o preservativo, tanto um como outro pode pensar, ela gosta de mim, mas fez alguma coisa errada. (Mas/PP)

Corroborando com estes resultados, Barbosa, Berquó e Kalckmann (2000) ratificam que a passividade das mulheres em solicitar o uso do preservativo, deve-se pelo temor das mais jovens de ser consideradas experientes demais, enquanto as mais velhas reportam ao medo de desagradar ao parceiro, pois o uso do preservativo pode ser encarado como desconfiança.

Apesar da liberdade sexual e da revolução feminina, o posicionamento da mulher no sexo, continua sendo a de satisfazer o parceiro, colocando-se de forma passiva nas relações com o sexo masculino. Assim, a decisão de usar ou não o preservativo fica sujeita ao exercício do poder, intrínseco às relações de gênero (Nicolson & Burr, 2003). Giacomozzi (2004) ressalta a submissão da mulher no momento de negociar o uso do preservativo, sentindo-se pressionadas a corresponder às expectativas dos parceiros, influenciadas pelos valores sociais vigentes. O autor também encontrou evidências

dessa diferença ao observar que o conteúdo vinculado ao domínio familiar diverge de acordo com o gênero: para as mulheres são abordadas as temáticas da virgindade e gravidez, enquanto para os homens questões referentes à relação sexual e AIDS.

Essa diferença de discurso e ações no contexto familiar, bem como no meio social também se apresenta vigentes no contexto da Paraíba, conforme os relatos dos participantes.

“No meu quarto sempre aparece (preservativo), vem do nada, creio que é minha mãe, minha irmã mais velha nunca recebeu, também ela não ia ser dessas que andam com o preservativo, demonstrando que é uma qualquer”. (Mas/GP)

“Por que eu acho assim, como os meninos são mais liberais, então eles estão mais preocupados em prevenir contra a doença, e como as meninas são mais quietas, na dela, daí eu acho que quando elas vão praticar elas vão se prevenir contra a gravidez indesejável, por que eu acho que uma criança de 14 anos não vai querer ficar grávida né”. (Fem/MP)

“Até o próprio pai e a mãe da menina vê isso aí vai falar um monte, imaginem só, eles não vão pensar que é melhor ela estar usando preservativo do que não usar.” (Mas/PP)

“No caso também, da sua mãe, quando um homem sai com camisinha a mãe e o pai ta sempre lá, ta tudo bem, você ta certo, agora se uma mulher colocar uma camisinha dentro da bolsa, Ave Maria o mundo acaba”.(Fem/ZR)

“O problema é que os jovens se preocupam e pensam mais na gravidez, porque assim, a menina fica mais preocupada em

engravadar, o pai saber, e se o engravidar né, já era, as doenças sempre é segundo caso”. (Mas/ZR)

5.3.2 – Métodos Anticoncepcionais

A Constituição Federativa de 1988 declara que a saúde é “um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” – o que inclui o acesso pleno e eficaz às informações de prevenção. Afirma ainda que é direito de todo jovem e adolescente ter informações e educação em saúde sexual e saúde reprodutiva e a disponibilidade de meios e métodos que os auxiliem a evitar uma gravidez não planejada e a prevenir-se contra as DST/HIV/AIDS. (Brasil, 2006).

Dos 8.741 participantes do estudo que responderam à questões que se referem a métodos contraceptivos apenas 59% afirma possuir algum conhecimento, portanto, 41% dos jovens afirmam desconhecimento. Estes dados se diferenciam segundo gênero e a classificação das cidades, como vista na Tabela 11.

Tabela 11 – Conhecimento dos Métodos Anticoncepcionais segundo Gênero e Porte das Cidades (N=8.741)

Variável	Geral	Gênero			Porte Cidades				
		Masc.	Fem.	p	GP	MD	PP	ZR	p
Conhecimento	59%	56%	80%	,00	56%	47%	52%	54%	,01

* Utilizou-se o teste t de student para análise das variáveis (p<0,05)

Em relação ao gênero, observa-se maior conhecimento dos métodos contraceptivos pelas adolescentes femininas (80%), enfatizando a imposta responsabilização à mulher pela prevenção de gravidez.

Os adolescentes das cidades de Grande Porte apresentaram um maior conhecimento de métodos anticoncepcionais, com uma diferença significativa, em comparação as cidades de Médio e Pequeno Porte. As cidades de Médio Porte, Pequeno Porte e Zona Rural não apresentaram diferenças significativas entre si. Vários estudos realizados no Brasil têm demonstrado que o desconhecimento anteriormente predominante entre meio rural e urbano não estão vigorando de forma tão atuante. Conforme estudo realizado por Romero, Medeiro, Vitale e Wehba (2007) em Guararema (SP) com adolescentes de uma escola pública, observou-se que 74,9% das adolescentes buscavam informações sobre sexualidade, principalmente na zona rural; fato que pode estar vinculado a uma iniciação sexual mais precoce.

Entre os métodos anticoncepcionais citados pela amostra total, teve mais destaque o preservativo masculino, 43%, e a pílula, 33%, com diferenças entre os gêneros e a classificação das cidades. De modo geral, o preservativo masculino (43%) e a pílula (33%) foram os dois métodos mais citados entre os adolescentes. No entanto, o preservativo masculino, mais associado à prevenção de doenças foi mais citado entre os homens (29%), enquanto a pílula, direcionado à anticoncepção, foi o mais citado entre as mulheres (56%).

Tabela 12 – Métodos Anticoncepcionais Conhecidos pelos Adolescentes

Métodos	Geral	Gênero		Porte Cidades			
		Masc.	Fem.	GP	MD	PP	ZR
Preservativo Masc.	43%	29%	45%	32%	38%	33%	34%
Pílula	33%	19%	56%	64%	30%	65%	36%
DIU	8%	4%	12%	8%	7%	6%	7%
Injeção	5%	1%	15%	9%	5%	4%	5%
Pílula Dia Seguinte	3%	3%	5%	3%	3%	3%	4%
Tabela	2%	1%	4%	2%	1%	2%	2%
Preservativo Femin.	0,4%	0,4%	1%	0,4%	0,5%	1%	0,3%

Coito Interrompido	0,3%	0,3%	0,4%	0,7%	0,5%	0,2%	-
Esterilização	0,3%	0,4%	0,1%	0,3%	0,5%	-	0,5%

Observa-se assim, um viés de gênero que se sustenta a partir do fato de que a grande maioria dos métodos é para ser utilizado pelas mulheres, abstraindo da participação masculina – como, por exemplo, a pílula anticoncepcional, o diafragma, a tabelinha e a esterilização feminina, o que se vincula historicamente à idéia de que a reprodução biológica e o seu controle sejam socialmente compreendidos como responsabilidade das mulheres (Abramovay, Castro & Lorena, 2004). Esta responsabilização foi discutida entre o grupo de adolescentes, destacando-se os seguintes discursos:

A mulher tem medo de engravidar, mudar o corpo, temos mais responsabilidades pois somos nós que colocamos um filho no mundo, somos responsáveis pela gestação. (Fem/GP)

É porque a mulher, a mulher tem mais consequência, porque a mulher pode engravidar, a mulher tem essa questão também. O homem se ele transar os pais não sabe, tipo, a mulher se for no ginecologista o cara vê... (Fem/GP)

A mulher tem mais responsabilidade, por isso ela deve pensar mais na hora de transar, porque eles não sentem no corpo, quem modifica o corpo é a mulher, ela não tem como fugir no caso de uma gravidez. (Fem/GP)

Com certeza, por que a mulher tem aquela responsabilidade, se eu ficar grávida? O homem não, pra o homem tanto faz, ficar grávida ou não ficar. (Fem/MP)

O homem não quer saber se vai deixar ela, pra mulher é sempre pior, por que ela que vai carregar o filho, ela que vai perder sua adolescência todinha. (Mas/MP)

Os meninos nem liga, muitas vezes só pensam que irão se amarrar, já a mulher pensa assim, por ser adolescente, eita e meus estudos, meus pais e minha vida. (Fem/PP)

Porque assim, para a mulher é sempre mais difícil, o homem a partir da hora em que ele diz: eu não quero, o homem se manda da vida da pessoa e é você que vai criar seu filho, você que vai ficar com seu filho nas costas para trabalhar, ter sua vida e ter sua independência, ele não, vai embora arruma outra e aí para a mulher é sempre mais difícil. (Fem/PP)

Porque os homens só querem saber do prazer ali na hora e pronto e depois quem sofre as consequências como nós, então temos que pensar bem antes, pra eles é só ficar ali e pronto. (Fem/PP)

Elas que pensam mais porque são elas que depois irão passar nove meses carregando menino, são elas que vão cuidar dele, ou não, porque o homem muitas vezes dá tchau, até logo, até amanhã (Mas/PP).

... fica muito mais em cima da menina, o peso, porque é a menina que vai ter que ficar com a criança 9 meses na barriga

e por esse fato a menina vai acabar se apegando a esse ser que está dentro dela, então ela não vai ter coragem de abandonar, já o menino, o filho é dele, mas ele não tá sentindo a criança dentro dele, então pra ele, se for muito menino e não querer de jeito nenhum, pra ele tá mais do que resolvido, dá uma pensão, visitar a criança uma vez por mês está bom. (Fem/PP)

Ela que vai ter que ficar com ele o resto da vida, já o pai, vai para um canto e pronto, acabou o filho. (Fem/ZR)

A responsabilidade maior é da mulher, porque o filho cresce nela né, e o homem corre e deixa lá. (Mas/ZR)

O filho vai ficar na barriga da mulher. É aquela conversa, o homem só pensa em sexo, quando a mulher engravida e ele foge. Sai e deixa-a com o barrigão. (Mas/ZR)

Outro ponto que se destaca é a pouca variabilidade de métodos citados pelos adolescentes, praticamente restrito ao preservativo masculino e pílula. Dentre os adolescentes masculinos foram citados o preservativo masculino (29%), pílula (19%), DIU (4%) e pílula do dia seguinte (3%), ficando todos os demais com percentuais abaixo de 1%. As adolescentes femininas apresentaram maior variabilidade ao citarem a pílula (56%), preservativo masculino (45%), injeção (15%), DIU (12%), pílula do dia seguinte (5%) e Tabela (4%), ficando o restante também com percentual abaixo de 1%.

Estudo realizado por Gomes, Costa, Sobrinho, Santos e Bacelar (2002) descreveu como insatisfatório o conhecimento dos jovens quando o assunto é sexualidade, demonstrando que um grande número de adolescentes continua tendo problemas com a sua saúde reprodutiva. Neste sentido, Guimarães, Vieira e Palmeira

(2003) alertam que os educadores, profissionais de saúde e pais, participantes ativos da formação dos adolescentes, com frequência, não têm consciência ou sensibilidade quanto ao problema desse grupo populacional: devido à falta de informação ou ao constrangimento em discutir temas ligados à sexualidade, negando a possibilidade ao adolescente de usufruir o direito de escolha, com base em informações contextualizadas, de acordo com suas características de vida.

Estes dados são concernentes com pesquisa desenvolvida em âmbito nacional por Silva e Abramovay (2007) sobre juventude e sexualidade, ao afirmarem que o método mais utilizado para evitar a gravidez entre os jovens foi o preservativo masculino (61%), seguido da pílula com 35%. Esses resultados também são observados no discurso dos adolescentes ao debaterem sobre os métodos mais utilizados por eles, esclarecendo e corroborando os achados do questionário, justificando pela intensa divulgação midiática sobre o preservativo e pela facilidade de acesso da pílula.

“É só assistir televisão, porque a camisinha é mais divulgada, mas não sabem dos anticoncepcionais pra mulher, existe uma porrada de anticoncepcional pra mulher, pro homem só tem a camisinha, agora pra mulher tem um monte”.
(Mas/GP)

“Tem a pílula, DIU, camisinha também, diafragma, tem um monte de coisas, mas os adolescentes mais usam é a camisinha e a pílula, pois é o mais fácil de conseguir”.
(Fem/MP)

“Se você não quiser usar o comprimido aí usa a camisinha”. (Fem/PP)

“Não tem só a camisinha, mas a pílula também é muito conhecida”. (Fem/ZR)

Observou-se, embora pouco frequente, a citação de métodos anticoncepcionais de baixa eficácia e/ou que requerem conhecimento amplo da fisiologia, sendo utilizado por alguns adolescentes, como é o caso da tabelinha (método natural) e do coito interrompido (método comportamental). O preservativo feminino e a esterilização também apresentaram índices menores que 1%, demonstrando a falta de conhecimento do mesmo ou a pouca utilização desses métodos. A pouca citação da esterilização se justifica por não fazer parte da realidade desta faixa etária, no entanto o diafragma, terceiro mais citado pelos adolescentes, se diferencia de pesquisas feitas com adolescentes, que demonstraram que menos de 1% dessa população utilizava o diafragma em suas relações sexuais (Abramovay, Castro e Lorena, 2004). Além dos métodos descritos na Tabela 12, foram citados ainda chás abortivos (0,4%) e outras crenças errôneas (0,7%), ambos com destaque na amostra das Grandes Cidades.

Um ponto que merece destaque no presente estudo são os discursos dos adolescentes ao se referirem a prevenção de uma gestação indesejável através do uso da Anticoncepção de emergência, ou pílula do dia seguinte, como mais conhecida. Ainda que não tenha obtido citação alta quando instados a marcar os métodos que conheciam no questionário, suas falas nos grupos de discussão levam a uma banalização do seu uso e à ineficácia das intervenções preventivas.

“Se não quer usar camisinha tem vários métodos para não engravidar. Tem a pílula do dia seguinte, antes de ontem, é só usar”. (Mas/GP)

“É por que assim, pra a menina tem a questão da pílula do outro dia”. (Fem/MP)

“Agora também tem aquela pílula, mas muitas vezes servem uma, duas, três vezes, mas na quarta vez não tem mais efeito”. (Mas/PP)

“... a pílula do dia seguinte, porque a maioria dos jovens hoje, que eu conheço, elas tomam quando não fazem uso da camisinha, elas tomam, mas não é seguro, as pessoas fazem sem camisinha e aí no outro dia tomam e aí faz outra vez e aí toma de novo, repetem à mesma coisa, elas pensam que é seguro mais não é”. (Fem/PP)

O anticoncepcional de Emergência apresenta uma dose alta de hormônio, cerca de 20% a mais do que o existente em uma drágea de anticoncepcional. No início era indicada apenas para prevenir a gravidez em casos de violência sexual e acidentes com o rompimento do preservativo, evitando-se assim gestações indesejadas ou não planejadas. O seu uso está basicamente fundamentado na tomada de um comprimido assim que conveniente (ideal em menos de 24 horas), mas não mais que 72 horas após o ato sexual desprotegido. Já o segundo comprimido deve ser tomado 12 horas após a primeira dose e desta maneira sua eficácia situa-se em torno de 96 a 98%. Quanto mais tarde tomado menor será seu efeito (Ortiz & Croxato, 2003).

O maior problema é que seu uso não está sendo para os princípios aos quais foi produzido, passando a ser comprado e usado indiscriminadamente por jovens que o consideram um método anticoncepcional de uso rotineiro. Além de apresentar efeitos colaterais muito mais severos que a pílula comum, o contraceptivo de emergência não

as protegem das doenças sexualmente transmissíveis. O seu uso constante pode trazer transtornos para a saúde das adolescentes que tomam frequentemente o medicamento, causando irregularidades menstruais, além disso, pode ocorrer surgimento de acne, náuseas, dores nas mamas, vômitos como efeitos colaterais (Brasil, 2005).

A anticoncepção é um tema muito importante, especialmente na adolescência, considerando a relevância social conferida pela ocorrência de gravidez nessa faixa etária e pela possibilidade de exposição às doenças sexualmente transmissíveis (DST) e AIDS. O conhecimento sobre os métodos contraceptivos e os riscos advindos de relações sexuais desprotegidas é fundamental para que os adolescentes possam vivenciar o sexo de maneira adequada e saudável, assegurando a prevenção da gravidez indesejada e das DST/AIDS, além de ser um direito que possibilita cada vez mais, ao ser humano, o exercício da sexualidade desvinculado da procriação.

Os motivos pelos quais as adolescentes engravidam são diversos destacando-se a falta de informação, fatores sociais, falta de acesso a serviços específicos para atender essa faixa etária, o início cada vez mais precoce de experiências sexuais e a insegurança do adolescente em utilizar métodos contraceptivos (Azevedo, 2007). Além do início da atividade sexual precoce, os jovens, na maioria das vezes, iniciam a vida sexual sem proteger-se, expondo-se a gravidez não planejada.

Destacam-se como consequências imediatas da gravidez não planejada o aborto clandestino, a falta de cuidados pré-natais, a desestruturação pessoal e familiar, a adoção e o abandono. Entre as complicações da gestação na adolescência, citadas por vários autores encontram o abortamento, anemia, distócias de parto e hipertensão arterial específica da gravidez. Dentre estas, o abortamento se destaca como uma complicação que pode resultar não apenas em consequências físicas como também psicológicas (Vieira, Goldberg, Saes & Doria, 2007).

A cada ano, registra-se o nascimento de mais de 14 milhões de crianças, pertencendo suas mães ao segmento adolescente. O índice de jovens que têm seu primeiro filho em torno de 18 anos varia de 1% no Japão a 53% na Nigéria, segundo dados do Alan Guttmacher Institute (1998). Segundo Cavasin e Arruda (1998), no Brasil o parto representou a primeira causa de internação de adolescentes do sexo feminino no Sistema Único de Saúde. Na faixa etária de 15 a 19 anos, o principal motivo de internação das mulheres foi à gravidez, o parto e o pós-parto, e as complicações decorrentes desses eventos. No Nordeste brasileiro, 81% das internações nessa faixa etária são decorrentes desses motivos. A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde realizada pela Sociedade Civil do Bem Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) em 1996, revelou que 18% das adolescentes já tiveram pelo menos um filho, sendo esta taxa mais elevada nas áreas rurais (24%) do que nas áreas urbanas (17%).

Em estudo realizado na Paraíba (Barbosa, Arnaud & Nunesmaia, 1998), visando avaliar o padrão sócio-epidemiológico de gestantes adolescentes de uma população de baixa renda, foram investigadas 4.726 gestantes adolescentes com idades que variavam de 12 a 20 anos de onde concluiu-se que: a) Os amigos foram a principal fonte de informação sobre Reprodução Humana (25,88 por cento), b) A Amenorréia foi a principal queixa clínica (31,44 por cento) e c) A maioria das gestantes adolescentes apresentaram escolaridade mínima ou nenhuma (95,20 por cento)

Outro estudo no contexto paraibano realizado por Nunesmaia, Caíres e Cavalcanti, (2005) acerca das características epidemiológicas da primeira gestação em puérperas de João Pessoa, ressaltou que, das 1000 puérperas investigadas, 67% por cento eram adolescentes com escolaridade referente ao 1º grau (77%). A proporção de mães

solteiras foi 80%, as gestações foram não planejadas em 66% e apenas 32% das adolescentes.

Questionados acerca da ocorrência de gestação e aborto entre os adolescentes deste estudo, obteve-se o relato de 195 casos de gravidez e 75 casos de aborto, além de 511 omissões de respostas. Questionadas sobre o número de filhos, verificou-se que 110 adolescentes tem 1 filho; 08 adolescentes tem 2 filhos; 5 adolescentes tem 3 filhos e 01 adolescente tem mais de 3 filhos. Ainda que em números percentuais, não seja representativo (1,4%), são números que não podem ser desprezados se tratando desta faixa etária. Na Tabela 13 pode ser observado algumas características dos adolescentes que relataram casos de gravidez e aborto.

Tabela 13 – Gravidez e Aborto

Variáveis		Gravidez (N= 195)		Aborto (N=75)	
		N	%	N	%
Sexo					
	Masculino	64	33%	31	41%
	Feminino	131	67%	44	59%
Faixa Etária					
	12-14 anos	04	2%	04	5%
	15-16 anos	55	28%	28	37%
	17-18 anos	85	43%	32	43%
	19-20 anos	51	26%	11	15%
Estado Civil					
	Solteiro	99	51%	62	83%
	Casado/Convivente	92	47%	13	17%
	Separado	03	1,5%	-	-
	Viúvo	01	0,5%	-	-
Porte das Cidades					
	Grande Porte	53	27%	24	32%
	Médio Porte	30	15%	09	12%
	Pequeno Porte	54	28%	15	20%
	Zona Rural	58	30%	27	36%

Dentre os casos de gravidez relatados, 67% foram por adolescentes femininas, 43% atualmente na faixa etária dos 17 aos 18 anos, se podendo inferir que as gestações ocorreram em faixa etária menor, 51% são solteiras e 58% residem em cidade de pequeno porte ou zona rural. Os casos de aborto foram relatados em sua maioria por adolescentes femininas (59%), atualmente na faixa etária de 17 aos 18 anos (43%), sendo 83% solteiras e 36% residentes na Zona Rural. Entretanto, ressalta-se a ocorrência de 04 casos de gravidez e aborto na faixa etária dos 12 aos 14 anos (atualmente), três destes casos descritos pelo mesmo respondente.

Os motivos que levam a uma gravidez na adolescência, de acordo com os discursos nos grupos focais, é o descuido, dificuldade no acesso ao anticoncepcional, garantia da manutenção do relacionamento, conforme relatos abaixo.

Têm meninas que engravidam, pois pensam que um filho segura o homem, mas o que segura é estar bonitinha, com pernas grossas, um filho não pelo contrário, você fica com o peito caído, gorda e barriguda.(Fem/GP)

Hoje tem mulheres que usam a gravidez para segurar o namorado, para eles casarem, mas hoje em dia a maioria não consegue.(Masc/GP)

Aí como é, um adolescente em que os pais não sabem de nada, você chega lá e tem alguém que é conhecido e vê você pegando aqueles remédios ou preservativos, o que seja, acaba na boca de seus pais, por isso muitos jovens não procuram e acaba engravidando. (Fem/PP)

Eu acho que tem a questão de, por exemplo, muita gente diz que na primeira vez não se engravida, e acaba não se cuidando e aí já sabe engravida (Fem/PP)

E às vezes querem dá o golpe, ter bucho, para segurar os homens. (Mas/PP)

Às vezes também, as meninas por gostarem muito de um menino, e esse menino nem rum, rum, para elas. Aí quando elas ficam com esse menino, elas falam: nossa eu vou segurar esse menino, mas esse menino não vai largar ela e vai ficando por ficar, eles querendo largar e só ficando por ficar. Elas então vão engravidar deles, então engravidam e não tem consciência. (Mas/PP)

O aborto, embora condenado pelos adolescentes nos grupos de discussões, é visto como ultima solução, quando o adolescente pressionado pelo parceiro, com medo de enfrentar a família e com carência de estrutura sócio-financeira, não tem outra opção e recorre ao aborto. Estes motivos são expostos nos discursos abaixo.

Eu acho que o aborto, muitas vezes, aparece como última opção, a adolescente não planejou engravidar, o namorado caiu fora e a família faz pressão, nessa situação ela não tem um emprego, não terminou o colégio, como vai sustentar, no desespero surgi essa alternativa. (Fem/GP)

E nesses casos de aborto, eu acho que acontece mais com adolescente mesmo que engravida e pensa “Não, vou perder minha adolescência? Eu vou abortar”. (Mas/MP).

E tem aquela coisa, quando uma pessoa sabe que está grávida a primeira coisa que o parceiro vai dizer é aborte, ou aborte ou te deixo, ou foge ou some no mapa, aí no caso quem tá grávida é a pessoa, a pessoa que decide se vai ter ou não vai ter. (Fem/PP)

... por serem dois adolescentes de 15 e 16 anos, onde ele vai colocar em uma casa para sustentar ela, não tem condições de casa e nem nada, vai ter que ser sustentada pela família. Se a família dela virar as costas, como ela fica, a família dele não vai dar assistência, não vai tá nem aí, o que ela faz, a primeira coisa que ela faz é o aborto, toma alguma coisa para que não se sinta, vai ter peso na consciência vai, mas ela não quer deixar a vida dela por causa de uma criança, uma criança por causa de outra. (Fem/PP).

Também tem a questão da família, a menina chega no pai e fala: pai estou grávida. E o namorado da menina chegar no pai e falar que minha namorada está grávida, a família irá fazer uma tortura em cima dele assim, falando um monte, isso afeta tanto que aí ele fala se grávida já tá assim imagina quando nascer, todo mundo fica em cima, aí tem o pensamento se está assim na gravidez, depois vai piorar, aí eles acabam abortando. (Mas/PP)

O problema que as meninas vêem a gravidez como um grande problema e acabam não tendo apoio, aí acabam abortando. (Fem/ZR)

Na verdade os meninos não querem assumir, termina o namoro, a menina fica lá sozinha, a pressão da família e elas acabam vendo como única saída o aborto. (Fem/ZR)

O pai bota nela fervendo, botam nele também. Mas ela acaba sozinha e por isso realiza o aborto. (Fem/ZR)

Muitas vezes as mulheres abortam porque os namorados não querem assumir e pedem para elas abortarem, e elas fazem para não perder eles. (Fem/ZR)

O aborto na adolescência, de acordo com Diniz (2008), ocorre entre 7% e 9% do total de abortos realizados por mulheres em idade reprodutiva. Segundo as autoras, 25% das adolescentes engravidam novamente um ano após o aborto e 70% das que levam a gestação a termo abandonam a escola. O aborto é um tema que se manteve na pauta de pesquisas brasileiras nos últimos vinte anos constituindo um forte indício da importância do tema para a saúde pública no País. No entanto, quando se trata de aborto na adolescência, muitas lacunas se abrem. Inicialmente cerca de 15 a 20% das gravidezes reconhecidas concluem-se em abortos espontâneos - quando a perda do embrião se dá antes da vigésima semana de gestação, quando o feto não está em condições de sobreviver fora do útero materno, a maioria ocorrem durante o primeiro trimestre, diga-se, nas primeiras 12 semanas.

Muito embora uma parcela considerável da população brasileira seja usuária do Sistema Único de Saúde, os dados não cobrem a realidade do aborto para todas as

mulheres do País, não mostram como as adolescentes abortam em clínicas privadas ou com leigas; qual o impacto da decisão pelo aborto ou pelo seguimento de uma gestação na adolescência sobre o bem-estar; as negociações familiares, simbólicas e afetivas para o aborto; como o aborto definirá a adesão futura a métodos contraceptivos; o papel dos laços familiares entre mulheres para o seguimento da gestação ou para a decisão pelo aborto entre adolescentes; a relação entre epidemia HIV/AIDS, adolescência e aborto.

5.4 – Vulnerabilidade à AIDS

5.4.1 – Percepção de Vulnerabilidade

Partindo do pressuposto de que para que uma pessoa desenvolva atitudes e comportamentos preventivos, ela precisa se sentir vulnerável, os adolescentes foram questionados sobre a possibilidade deles e de seus amigos (grupo social) contraírem AIDS, da proximidade com alguém que vive com AIDS e da crença da AIDS como destino. Os resultados, por gênero e classificação dos portes das cidades podem ser visualizados na Tabela 14.

Tabela 14 – Percepção de Vulnerabilidade à AIDS (N= 8.741)

Variáveis	Geral	Inic. Sexual*	Gênero		Porte das Cidades			
			Masc	Fem	GP	MP	PP	ZR
Contágio Pessoal	17%	20%	20%	15%	15%	17%	18%	18%
Contágio Amigos	46%	53%	51%	42%	48%	45%	45%	45%
Capacidade Proteção	95%	94%	94%	96%	95%	95%	95%	95%
Aids enquanto destino	18%	18%	17%	18%	13%	15%	19%	22%

*Adolescentes sexualmente ativos (N=2.725)

Ao responder ao questionamento sobre se achavam que poderiam ser contaminados pelo HIV/Aids, apenas 17% concordaram, aumentando para 20% contabilizando apenas os que já tem vida sexual ativa, ou seja, 83% dos adolescentes entrevistados acredita que não tem possibilidade de contaminação. Este resulta mostra o quanto os adolescentes se sentem invulneráveis, acreditando que não podem ser atingidos pela AIDS. Entretanto, aos serem questionados sobre a chance de contágio dos amigos, a possibilidade passa a ser de 46%. As adolescentes femininas têm menor percepção de contágio do que os adolescentes masculinos. Contrariando a hipótese inicial, observa-se que a percepção de susceptibilidade aumenta a medida em que o tamanho da cidade diminui. Os discursos abaixo explicam estes resultados.

A gente sabe que pode se contaminar, mas ao mesmo tempo sente que não vai acontecer com a gente. (Masc/GP)

Todo mundo acha que nada de mal pode acontecer com eles, é igual a acidente, todo mundo acha que nunca vai acontecer, mas acontece. O problema é o achar é a sensação de que comigo não vai acontecer, eu mesma tenho. (Fem/GP)

Mesmo quando a gente transa sem camisinha não pensamos sobre AIDS, na hora ninguém pensa, a consciência só vêm depois. (Masc/GP)

Acontece com o vizinho, mas não acontece comigo. (Mas/MP)

É como aquele negócio, sempre acha que não vai acontecer com a gente, até que acontece. É que todo mundo acha que o problema ta longe, ta fora, por que ta lá não vai

acontecer comigo, para muita gente é impossível mais não é.
(Fem/PP)

É que alguns jovens pensam que isso só acontece em cidade grande acham que em cidade pequena não acontece não. (Mas/PP)

Todo mundo pensa assim, pode acontecer com qualquer pessoa, mas não vai acontecer comigo. (Fem/PP)

Na hora a gente não pensa que pode pegar uma doença, ele quer o prazer ali, senti que não vai se contaminar.
(Fem/ZR)

Ainda que, conforme visto anteriormente, o uso de preservativo não se dê de forma sistemática para estes adolescentes, de forma quase unânime, independente de terem vida sexual ativa ou não, eles afirmam ter capacidade de proteção, sendo esta creditada ao uso de preservativo, conforme pode ser observado nos discursos:

“Todo adolescente tem capacidade de se proteger, é só usar o preservativo em toda a relação, todos nós sabemos disso, mas não usamos”. (Mas/GP)

“Se prevenindo, usando camisinha nas relações sexuais, eles podem prevenir”. (Mas/MP)

“Capacidade tem, pois não é nenhum demente para não saber aonde tem e o que tem”. (Fem/PP)

“Capacidade eles têm, agora querer botar em prática é diferente”. (Fem/ZR)

No entanto, apesar de todo esclarecimento e capacidade afirmativa, ainda emergem discursos que associam a transmissão da AIDS ao uso comum de objetos e roupas, como pode ser visto abaixo, ao falar de capacidade de proteção.

Ter, têm, só que no mundo em que vivemos hoje em dia é difícil, porque assim, como ela falou há vários modos de se contaminar, não sendo pelo ato sexual e hoje a amizade que muita gente têm, até a gente mesmo, amiga, e esse negócio de toalhas, de roupa, esse tipo de coisa assim que amigas pegam de outra e coisa e tal é muito comum, aí por você está no meio de amigas nem liga na hora, nem imagina, pois é. (Fem/PP)

Foi indagado ainda, se eles creditavam a AIDS ao destino a partir da concordância ou discordância com a afirmativa “Se meu destino for pegar AIDS, não adianta fazer nada que eu pego”. Obteve-se 18% de concordância, sem diferença significativa entre os gêneros ou o fato de ter ou não vida sexual ativa, mas aumentando à medida que as cidades diminuía de tamanho, com o máximo de 22% na zona rural. Nos grupos de discussão este tema foi debatido sem que se chegasse a um consenso, para alguns a contrair a AIDS faz parte do destino, estando este destino associado a religiosidade. Para outros, o destino é baseado no livre arbítrio.

“Eu acredito em destino” (Fem/PP)

“Eu acho que nosso destino está escrito, e que Deus sabe de tudo o que vai nos acontecer...”. (Fem/GP)

“O Destino é uma coisa que, eu acho que não existe. A gente tem as nossas escolhas, Deus disse que temos o livre

arbítrio, ou seja, a gente não tem destino, a gente faz as nossas próprias decisões”. (Mas/GP)

“O destino quem faz é a gente, somos nós que pegamos um caminho, não tem uma portinha escrita pegue AIDS e a outra com não pegue AIDS, mas a gente tem consciência de como pega e como não pega. Então seu destino é você que faz”. (Fem/PP)

“Na minha concepção quem faz o destino é você. Se você quiser você faz e se você não quiser você não faz”. (Fem/ZR)

A partir destes resultados, pode-se observar que, com referência ao contágio do HIV/AIDS, ainda que apresentem conhecimento sobre a transmissão sexual e os meios de prevenção, o que interfere é a percepção de que não são vulneráveis, de que não vai acontecer com eles, embora possa acontecer com o grupo de amigos. Neste sentido, a racionalidade está presente, evidenciando que os processos cognitivos se encontram em pleno funcionamento, porém o sentimento frente ao ato sexual e sua irregularidade na adolescência desencadeiam a percepção de que suas escolhas são melhores que a dos pares, criando assim a compreensão de que são invulneráveis.

Esse sentimento que os adolescentes apresentam, segundo Armor e Taylor (1998), pode ser descritos como um Otimismo Comparativo, tendência da maioria das pessoas para julgar o seu futuro como mais positivo que o futuro de outros, ou mesmo sua escolhas como melhores que os demais, constatado nas últimas décadas face a uma enorme variedade de riscos para a saúde. Nesta perspectiva Chapin (2000) relata que doenças como úlceras, anorexia, sífilis, AIDS, gonorréia e câncer são apenas alguns

exemplos de enfermidades que na perspectiva da maioria das pessoas, entre eles os adolescentes, assolarão com maior probabilidade o futuro de outros e não os deles.

A percepção de invulnerabilidade frequentemente associada à adolescência, segundo Bernardes e Lima (2005), tem sido uma das principais hipóteses levantadas para explicar a elevada frequência de comportamentos de risco nesta etapa do desenvolvimento. Esse fato fica evidenciado na presente pesquisa, quando 80% dos adolescentes que mantêm relações sexuais não fazendo uso sistemático de preservativo, declaram ser impossível se contaminar com o HIV. Entretanto, ao se questionar a chance de contaminação de um amigo, o índice de certeza cai para 53%.

A percepção de invulnerabilidade por parte dos adolescentes se reflete na diminuição de possibilidades de medidas preventivas, contribuindo para o aumento da susceptibilidade à infecção pelo HIV, além de outras doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez não planejada na adolescência.

5.4.2 – Informações

Ainda que se deva enfatizar os aspectos psicossociais e afetivos para o desenvolvimento de ações preventivas, as informações ainda são essenciais para o controle da epidemia da AIDS, dependendo da distribuição correta e eficiente dos recursos de saúde para sua eficácia. Segundo a Pesquisa de Comportamento, Atitudes e Práticas da População Brasileira (PCAP), (<http://www.aids.gov.br>) realizada em 2008 em âmbito nacional, tendo como base 8.000 participantes, os brasileiros possuem um elevado índice de conhecimento sobre as formas de infecção e de prevenção da AIDS – mais de 95% da população sabe que o uso do preservativo é a melhor maneira de evitar a infecção pelo HIV. Segundo a pesquisa, o conhecimento é maior entre pessoas de maior escolaridade, entretanto eles demonstram que mesmo entre aqueles com primário

incompleto, o preservativo é bastante conhecido. Por fim, afirmou-se que esses dados ainda são mais precisos entre a população jovem, não havendo diferenças relevantes sobre o conhecimento entre as regiões nem entre os sexos.

Contudo, observa-se que os adolescente paraibanos, participantes deste estudo, mesmo inseridos em instituição escolar, 15% relataram não receber informações sobre o HIV/AIDS. Dentre os locais citados como fonte de informações acerca da AIDS, os mais assinalados pelos adolescentes foram à escola (59%), família (22%), mídia (18%) e profissionais de saúde (16%). Entre os gêneros a diferença se encontra na informação prestada pelos profissionais, com maior percentual para o feminino. Em relação ao porte das cidades, ressalta as informações o maior acesso aos profissionais de saúde na zona rural e o menor acesso às informações da mídia nas cidades de médio porte e zona rural. Estes dados podem ser visualizados na Tabela 15.

Tabela 15 – Lócus de Informações sobre AIDS citados pelos Adolescentes (N=8.741)

Variáveis	Geral	Gênero		Porte das Cidades			
		Masc	Fem	GP	MP	PP	ZR
Escola	59%	52%	64%	55%	68%	57%	63%
Família	22%	21%	23%	29%	22%	19%	20%
Mídia	18%	19%	18%	26%	14%	18%	14%
Profissionais de Saúde	16%	13%	18%	13%	15%	17%	19%
Amigos	3%	4%	3%	5%	3%	3%	3%
Outros	7%	7%	7%	1%	6%	8%	5%

*Os adolescentes apresentaram mais de uma resposta a esse questionamento

O destaque dado à instituição escolar citada por 59% dos adolescentes em geral, e de forma mais específica nas cidades de Grande e Pequeno, apresentaram os maiores índices com diferença significativa ($p < 0,005$, segundo o teste t de Student) para as

demais. Nas informações vinculadas pela família os dados demonstraram uma correlação positiva $R=0,32$ ($p<0,01$) entre tamanho da cidade e informações sobre HIV/AIDS. Os dados referentes às informações advindas dos Profissionais de Saúde, por outro lado, apresentou uma correlação negativa $R= -0,31$ ($p<0,01$), conformando que quanto maior a cidade, menor é a procura de informações pelos profissionais de saúde. As cidades de Grande Porte apresentaram o maior índice de informações vinculadas pela mídia, com diferença significativa entre as demais localidades ($p<0,005$).

A partir destes resultados, algumas observações podem ressaltadas: (1) a instituição escolar é o primeiro meio de vinculação de informações para os adolescentes. (2) Quanto maior a cidade, mais facilidade os jovens possuem para discutir sobre sexualidade com a família, o que pode estar relacionado a uma menor vinculação dos papéis de gênero. Contudo, pelos percentuais baixos, observa-se que ainda perdura uma zona de silêncio neste diálogo. (3) Existe maior atuação do profissional de saúde nas cidades de Pequeno Porte e Zona Rural, provavelmente devido a uma menor atuação da família nos aspectos da sexualidade e um menor contato com a mídia, internet e informações impressas, o que levaria os adolescentes desse contexto social a procurar outros meios de informação. De forma contrária os adolescentes das cidades de maior porte populacional podem não estar procurando de forma tão efetiva os profissionais de saúde devido a um diálogo com os pais e um maior contato com a mídia.

Entre as locuções presentes nos grupos de discussões referentes à origem das informações vinculadas sobre prevenção ao HIV nos seus meios de pertença, os adolescentes demonstraram alguns paralelos, entre eles a dificuldade de informações e diálogos abertos. As principais queixas se relacionam a instituição familiar e escolar,

cuja informação transmitida, segundo os púberes, viria sobrecarregada de censura e imposições, onde o diálogo não se faz presente.

Entre os dificultadores das informações, conforme os discursos transcritos abaixo, destaca-se o tabu, a informação impregnada de conceitos moralistas e as zonas de silêncio, dificultando a troca de experiência e a preparação emocional desses jovens. Nesse sentido os próprios adolescentes questionam as propagandas existentes no meio, as quais só trazem um logótipo, entretanto não conduzem a uma reflexão sobre as consequências dos comportamentos e a importância da prevenção.

“A maior dificuldade é a falta de informação, mas não é a falta de conteúdo, pois a gente vê nos livros na internet, porém é o tipo de diálogo, em casa não existe conversa, e na escola é com um ar de erro, não há preparação, pois ninguém discutiu”. (Fem/GP)

“Não há informação em casa, acho que o pior é a falta de informação para a preparação, saber se está pronto, mas esse tipo de informação sobre sentimentos e desejos a gente não tem, nem em casa e nem em lugar nenhum. Com os amigos se falar algo assim já é tirado como o besta o inexperiente”. (Mas/GP)

“E acontece muito assim também, a informação que chega é de fora e às vezes essa informação chega até errada, mesmo o governo informando e colocando tantas propagandas na televisão a gente não dá tanta importância por que isso ainda é um tabu na família e muitas vezes também na escola. Dentro de casa não se comenta sobre isso, muita gente tem

vergonha, mas eu não acho que comentar sobre isso é uma atitude vergonhosa, eu acho que a pessoa ela tem que se informar pra poder depois ninguém falar: Ah, ela fez isso por que não sabia! A pessoa tem que se informar, e se ela não tem essa informação dentro de casa ela tem que ir atrás”.
(Fem/MP)

“É, acho que seria assim, é pra fazer mais propaganda assim, botar adolescentes grávidas, um menino que pegou doença cedo, acho que os adolescentes teriam mais como se prevenir, não só, mas sim tendo aquela consciência”.
(Mas/MP)

“A maioria das minhas amigas, que não são virgens, as mães não sabem e nem os pais e eles tem medo de contar. Assim, a gente conversa entre amigas e não tem vergonha, mas quando é com o pai ou com a mãe trava, não consegue falar nada e aí, como disseram, tem vergonha de pegar o preservativo e pedir mais informações”. (Fem/PP)

“Na escola, até se você não quer saber, você tem matéria sobre isso, que já começa na 7ª série, tem cartazes”. (Mas/PP).

“Não é uma falta de conhecimento não, porque em todo lugar que a gente vê tem anuncio sobre isso, é na televisão, na escola, tudo, eu acho que é uma falta de consciência”.
(Fem/ZR)

“Assim, vou falar pra você, hoje em dia ainda tem esse conceito, de que mulher só pode perder a virgindade depois de

casada, então a maioria dos pais não quer nem tocar no assunto pra ver se a menina num conhece nada e consegue chegar ao casamento virgem, acho que é por isso que eles não falam. Minha mãe mesmo não fala comigo”. (Fem/ZR)

Para atingir o jovem e falar da importância do uso do preservativo deve se vincular e ressaltar a importância da sexualidade - e não apenas o ato sexual em si ou do uso de preservativo dissociado do restante. Saúde sexual reprodutiva passa por ter uma sexualidade voltada ao amor, ao prazer, mas também de autopreservação, fazendo disso um comportamento voltado não apenas ao não adoecer, mas a uma sexualidade boa, saudável e tranquila. (Teixeira, Knauth, Fachel & Leal, 2006).

Nesse contexto as locuções retratam que, apesar da grande abertura sexual, coexistente na sociedade as transformações advindas no papel da mulher e dos movimentos *beat e ripper*, o silêncio ainda perdura nas salas de aula e nas paredes das residências, o falar sobre sexualidade ainda está inserido no que se permitido falar, onde falar e com quem falar. A necessidade presente não é apenas de conteúdo, mas sim de diálogo, de preparação emocional para possibilitar a esses jovens o direito de escolha, o momento adequado de iniciação sexual, que irá variar de indivíduo a indivíduo, como também o direito de se prevenir, o que possibilitará a busca do prazer sem culpa ou risco. Segundo Teixeira, Knauth, Fachel e Leal (2006), para que as informações vinculadas no meio social se efetivem, é preciso que comece com os mais velhos. Está provado que aqueles que têm família ou adultos cuidadores próximos, que os abordam com informações claras e os levem a pensar e estabelecer um canal aberto de comunicação, em que podem perguntar e trocar confidências, iniciam a atividade sexual mais tarde e com sexo seguro, ou seja, usando o preservativo. Para tanto, é preciso que

pais e mães aprendam a diferenciar o tema sexo de sexualidade e percam o medo de se atualizar e tocar no assunto com os filhos adolescentes. Cabe à família esse papel, já que a cultura estimula ao sexo, mas não educa.

A intervenção da escola no campo da sexualidade apresenta alguns riscos. Inicialmente a escola dá destaque à razão, ensina para a vida em sociedade, disciplinando, quando, em contrapartida, a sexualidade descreve os desejos e os prazeres com destaque no indivíduo. Frente a essa dicotomia, Foucault (1997) descreve duas formas de apropriação da sexualidade por saberes, via uma *scientia sexualis* e uma *ars erótica*. Enquanto a primeira traz à cena o discurso científico e a preocupação com a reprodução, afirmando o lugar da medicina no disciplinamento dos corpos, na segunda a tônica é a preocupação com o prazer e a subjetividade. Considerando essa tipologia, a instituição escolar, atualmente, se adéqua ao formato de *scientia sexualis*, com preocupação com a espécie, formação para a vida em coletividade ou projeto civilizatório, se preocupando apenas com a prevenção, porém não preparando os adolescentes para se locomover frente às mudanças sociais, sentimentos e desigualdades de gênero, fator esse que faz com que o ensinamento pedagógico para prevenção muitas vezes não se tornem eficazes para o que se designam (Silva & Abramovay, 2007).

Dentro desse mesmo contexto observa-se que as discussões sobre a centralidade do prazer na cultura contemporânea, sobre a relação indissociável que se estabelece entre sexualidade e prazer são muito pouco problematizadas e trabalhadas no contexto das práticas chamadas de educação sexual, que nas escolas procuram fazer valer as recomendações dos Parâmetros Curriculares Nacionais. E quando o são, isso é feito com um tom moralista e prescritivo que explora muito pouco as implicações disso sobre as escolhas (ou falta dela) das crianças e jovens com os quais trabalham, enfatizando-se

a relação entre sexualidade e perigo, entre sexualidade e doença ou entre sexualidade e pecado/culpa (Meyer, Klein & Andrade, 2007).

No que se refere às informações oriundas da família, Tinsley, Lees e Sumartojo (2004) observaram que a comunicação entre pais e filhos está positivamente relacionada às condutas preventivas no adolescente, e que a comunicação franca e aberta tornaria os filhos mais receptivos aos padrões de comportamento e valores propostos pelos pais. Neste sentido, os baixos índices de informações vinculadas no seio familiar podem ocasionar uma menor apropriação do tema prevenção para esses adolescentes, circunstância esta que pode ser vinculada com uma menor adesão ao uso do preservativo nas relações sexuais. Além disso, os autores observaram que o grau de instrução dos pais também é fator determinante dessa comunicação.

Em estudo realizado por Alves e Lopes (2008), com estudantes universitários da cidade do Rio de Janeiro, com idade variando entre os 17 e 19 anos, apenas 24% referiu ter recebido influência de familiares para a escolha do método. Ainda hoje, há barreiras para o diálogo entre pais e filhos no que diz respeito às questões de sexualidade. O desconforto que muitos pais sentem quando discutem tais assuntos pode advir do sentimento de que a sexualidade é algo impuro ou sem importância. Dados semelhantes foram encontrados em pesquisa realizada por Romero, Medeiros, Vitale e Wehba (2007) em adolescentes do sexo feminino da zona urbana e rural, demonstrando que as informações que as mesmas recebiam em casa sobre sexualidade e AIDS eram transmitidas apenas na superficialidade, não havendo esclarecimento sobre a necessidade de alguns cuidados antes da iniciação sexual e do conhecimento adequado dos métodos contraceptivos, provocando maior vulnerabilidade das mesmas a uma gravidez não planejada. Uma pesquisa americana também mostrou que um terço dos adolescentes que participaram de um estudo, realizado por Nelson e Shields (2005),

relataram que não receberam instruções formais sobre métodos contraceptivos antes dos 18 anos de idade. Apenas metade das mulheres entre 18-19 anos e um terço dos homens disse que conversaram com seus pais sobre tais questões antes dos 18 anos.

As informações advindas dos profissionais de saúde demonstraram um crescimento maior nas cidades de menor porte, entretanto os dados demonstram que a atuação dos mesmos ainda se faz muito incipientes, os adolescentes em geral ainda apresentam muitas dificuldades em procurar essa fonte de informação. Essa mesma problemática foi encontrada em pesquisa realizada por Camargo e Botelho (2007), na cidade de Florianópolis em estudantes do ensino médio, que indicou que os médicos e profissionais de saúde têm pouca participação no fornecimento de informações sobre a AIDS. Porém o estudo ainda demonstrou que 31% daqueles que não tiveram o médico ou profissional de saúde como fonte principal de informação sobre AIDS acreditavam que esse profissional seria a pessoa mais aceita pelos alunos para tratar do tema na sua escola.

Contrariando a conhecida influência dos pares nos grupos de adolescentes, os dados deste estudo apontaram que as informações originadas pelos amigos não se faz muito presente. Camargo e Botelho (2007), em pesquisa já citada, indicaram que os amigos são interlocutores privilegiados em matéria de sexualidade, entretanto os adolescentes reconheceram que eles têm um papel secundário quando se trata de conhecimento sobre a AIDS.

É possível notar, ainda, que a mídia tem perdido espaço como principal fonte de informação sobre AIDS entre o público adolescente, visto que em estudo realizado no fim da década de 90 (Torres, Davim & Almeida, 1999) ela predominava. Entretanto, a frequência com que os adolescentes citaram os meios de comunicação como fonte de orientação sobre as DSTs/AIDS pode ser explicada pelo fato da mídia ter reportado

repetidamente notícias e casos dessa doença, bem como, pela sua forte influência sobre o público jovem.

Por fim, embora se tenha a afirmativa do recebimento de informações pela maioria dos adolescentes, é importante observar a forma como estão sendo entendidas. Pelas locuções dos grupos de discussão, observam-se muitas informações incoerentes, deturpadas ou erradas, conforme os exemplos a seguir.

“O jovem vai pra balada, aí o bom é beijar né? Aí, aí vai e pega”. (Mas/MP)

“A AIDS não só se transmite com o ato sexual, que eu saiba não, se transmite com uma toalha, se você se enxugar com a toalha de outra pessoa”. (Fem/PP)

“... porque assim, como ela falou há vários modos de se contaminar, não sendo pelo ato sexual e hoje a amizade que muita gente têm, até a gente mesmo, amiga, e esse negócio de toalhas, de roupa, esse tipo de coisa assim que amigas pegam de outra e coisa e tal é muito comum, aí por você está no meio de amigas nem liga na hora, nem imagina, pois é”. (Fem/PP)

“Assim, em comparação, um menino aqui tem AIDS, aí ele leva um corte, aí chega um que não tem aí encosta nele, ali ele já pega. Tem várias maneiras de pegar AIDS”. (Fem/ZR)

Como forma para tentar entender essa dissonância cita-se a tendência das estratégias de prevenção tendo como base o grupo populacional e não os contextos intersubjetivos nos quais se efetiva a vulnerabilidade ao HIV (Ayres, 2002), criando barreiras na compreensão e não apropriação das informações transmitidas.

Considerando que a maioria destes discursos foram provenientes dos grupos realizados em cidades de pequeno porte e da zona rural, outra hipótese que pode ser levantada é que as campanhas de prevenção têm como modelo os adolescentes das grandes cidades, fazendo com que os mesmos se identifiquem mais com as informações transmitidas e se apropriem delas de forma mais efetiva, diferentemente dos adolescentes de outras regiões do país, neste caso do Estado. Aqui também se observa uma ênfase no discurso médico e uma apropriação do conceito de população que ultrapassa o de sujeito, criando um discurso que põe na arena social um tipo ideal de comportamento, descrito como verdadeiro e subjugando os demais na marginalidade da ciência, criando um descompasso na prevenção e efetivação da mesma.

Capítulo VI

Considerações Finais

6.1 – Considerações

Ao trazer à cena do debate a vulnerabilidade na adolescência, ponderaram-se inicialmente as ações desses jovens frente à realidade social, compreendendo os valores atribuídos a cada ato, baseando-se nas demandas do meio. A adolescência é um processo social, naturalizada e vista como um período de turbulência, exagero e experimentação, o qual o púbere deve se comportar segundo as características que lhes são imputadas, e, conseqüentemente, este estudo deparou-se com um discurso que se apodera de crenças que se traduzem em comportamentos que poderão ocasionar riscos à saúde e bem estar desses indivíduos.

É nesse contexto que se insere a sexualidade, em um paradoxo entre a estimulação precoce e zonas de silêncio e interditos. Se por um lado depara-se com estímulos midiáticos que impelem à iniciação sexual, o desejo e a sedução, por outro, surgem o silêncio, o não falar e as interdições e culpas. Nunca se falou tanto em sexualidade, mas de forma tão superficial. A sexualidade passou a ser discutida em sua forma biológica, através da ciência enquanto redentora do sacrilégio, contudo afastou do lar e dos centros de ensino o diálogo aberto, o qual produz informação e conscientização, levando os adolescentes a compreenderem a necessidade de sexo seguro e desvinculado de crenças, estereótipos e preconceito.

Apesar das diferenciações dentro das regiões geográficas, os discursos se apresentaram de forma semelhante, tendo como principal diferenças as entonações e frequências. Nesse sentido, observa-se como o poder disciplinar se apresenta dentro de uma sociedade, criando na população adolescente uma base central de condutas com referência a sexualidade e os comportamentos ditos aceitáveis e vistos como dignos de

cada gênero, produzindo uma regra de procedimentos, que apesar das transformações da sociedade, se mantêm viva e atuantes nos participantes do estudo.

Frente a esses resultados observou um processo cíclico, o qual os discursos são repetidos e renovados através de novas gerações. A sexualidade ainda é vista na sociedade como algo pecaminoso e vergonhoso, principalmente quando associada à adolescência, que tem como principal tema a dubiedade, onde ao mesmo tempo em que se espera e motiva as experimentações e os riscos, se afirma o despreparo para saber lidar com o sexo, colocando a mesma no interdito, o qual desaprova a prática sexual livre.

Observou-se, portanto, que a vulnerabilidade na adolescência às DST e gravidez não planejada é um processo de mão dupla, perdurando crenças sociais, que estão presentes na formação dos jovens vinculando as mesmas na construção do seu eu, tendo como base as diferenças desiguais de gênero, a apropriação e assimilação do relacionamento amoroso como algo plenamente natural que deve se basear na confiança, o que leva a relatividade da prevenção. Contudo pode-se destacar a falta de informação como um fator relevante para uma maior vulnerabilidade dessa população. Nesse sentido, não é simplesmente a relação de conteúdo biológico e preventivo, mas sim trocas oriundas de debates abertos, sem conceitos moralistas e de culpa, que se deve valorizar. A principal queixa dos púberes em relação a iniciação sexual precoce e a ausência de prevenção, foi à falta de preparação emocional consequente da carência de diálogos com a família e a instituição escolar.

Neste contexto as adolescentes se apresentaram ainda mais vulneráveis, tendo em vista que ainda perduram as diferenças de gênero. As jovens introjetaram a visão que a iniciação feminina deve-se dar por acidente, que a virgindade é algo de extrema importância e que devem ser passivas frente ao parceiro, dependendo deles para

utilização do preservativo e da frequência de seu uso, persistindo o discurso do “ser do outro em detrimento de ser de si”.

O presente estudo alcançou êxito quanto aos objetivos propostos, apresentando os principais fatores de vulnerabilidade dos adolescentes paraibanos à contaminação com DST/HIV e gravidez na adolescência. Frente aos resultados observou a necessidade de melhorias dos sistemas de assistência especializados nessa população, como também a falta de lugares de escuta e uma educação pedagógica efetiva e desvinculada de preceitos morais e crenças pessoais ao retratar a sexualidade.

O advento da AIDS trouxe um novo estopim aos discursos sobre sexualidade, contudo faz-se necessário abordar essa temática de forma mais efetiva, não apenas através de logotipos pela mídia e informações de prevenção, tendo em vista que esses meios não se apresentaram eficazes na população adolescente. As intervenções preventivas, segundo os dados desse estudo, deve se focalizar na própria vivência desses indivíduos, atuando em seus medos e receios, tendo como base a inconstância da prática sexual e as diferenças de gênero, abordando o prazer, as emoções e dúvidas próprias desse período de vida.

Entretanto o presente estudo delimitou a apresentar os dados de forma mais descritivas, fazendo necessários estudos que possam oferecer um modelo de vulnerabilidade para essa população, o que facilitaria futuras pesquisas e atuações nesse período de vida, frente aos contextos sociais vigentes.

CAPÍTULO VII
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7.1 – Referências

- Abramo, H. W. (2005). *Condição Juvenil no Brasil contemporâneo*. In: Abramo, H. W., & Branco, P. P. (Org.), *Retrato da juventude brasileira: análise de uma pesquisa nacional* (pp.73-86). São Paulo: Editora Perseu.
- Abramovay, M., Castro, M. G., & Lorena, B. S. (2004). *Juventude e sexualidade*. UNESCO Brasil.
- Alan Guttmacher Institute. (1998). *Into a new world. Young women sexual and reproductive lives*. New York.
- Almeida, T. (2007). *A fragilidade do conceito de adolescência: afinal, como definir este período?* Psicologia Brasil, 5, 27-29.
- Alves, A. S., & Lopes, M. H. B. M. (2008). *Uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes universitários*. Revista Brasileira de Enfermagem, 61 (2), 170-7.
- Amaral, A. C. G. (2008). *O uso do Álcool e a Vulnerabilidade à Aids: estudo com adolescentes gaúchos e paraibanos*. Dissertação de mestrado, Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Pb.
- Antoniazzi, A. (2003). *As religiões no Brasil Segundo o Censo de 2000*. Revista de Estudos da Religião, 2, 75-80.
- Ayres, J. R. C. M. (1996). *HIV/Aids e abuso de drogas entre adolescentes: Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas*. São Paulo: Departamento de medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Ayres, J. R. C. M. (2002). *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec.
- Ayres, J. R. C. M., França-Júnior, I., Calazans, G. J., & Saletti-Filho, H. C. (2003). *O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios*. In: Czeresnia, D., & Freitas, C. M. (Orgs.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp. 117-39). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Araujo, T. W., & Calazans, G. (2007). *Prevenção das DST/AIDS em adolescentes e jovens: Brochuras de referência para os profissionais de saúde*. São Paulo: Centro de Referências e Treinamento DST/AIDS.
- Armor, D., & Taylor, S. (1998). *Situated optimism: specific outcome expectancies and self regulation*. Advances in Experimental Social Psychology, 30, 309-375.
- Azevedo, R. L. W. (2007). *Aspectos Psicossociais da Sexualidade Adolescentes Associada à Vulnerabilidade ao HIV/Aids*. Dissertação de Mestrado não publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Pb.

- Bayley, S. L., Pollock, M. P. H., Martin, C. S., & Lynch, K. (2002). *Risky sexual behaviors among adolescents with alcohol use disorders*. Journal of Adolescent Health, 25(3), 179-181.
- Barbosa, R. M., Berquó, E., & Kalckmann S. (2000). *Aceitabilidade do condom feminino em contextos sociais diversos - Relatório final de pesquisa*. Brasília. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids.
- Barbosa, M. M., Arnaud, G. C. R., & Nunesmaia, H. G. S. (1998). *Padrão sócio-epidemiológico de gestantes adolescentes de João Pessoa-PB*. Rev. bras. ciênc. saúde, 2 (1/3), 49-56.
- Bastos, F. I. (2000). *A feminização da epidemia de AIDS no Brasil: Determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento*. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Saúde Sexual e Reprodutiva, 3, 225-260.
- BEMFAM (Sociedade Civil do Bem Estar Familiar no Brasil) (1997). *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde 1996*. Rio de Janeiro.
- Bernardes, S. F., & Lima, M. L. (2005). *Otimismo comparativo e percepção de controle face a saúde na adolescência: existirão diferenças etárias?* Estudos de Psicologia, 10 (3), 335-344.
- Berquo, E., Barbosa, R. M., & Lima, L. P. (2008). *Grupo de Estudos em População, Sexualidade e AIDS. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira*. Revista de Saúde Pública, 42, 34-44.
- Bozon, M. (1999). *Les significations sociales des actes sexuels*. Actes de la recherche en sciences sociales, 128, 3-23.
- Bozon, M., & Giami, A. (1999). *Les scripts sexuels ou la mise en forme du désir présentation de l'article de John Gagnon*. Actes de la recherche en sciences sociales, 128, 68-72.
- Borges, A. L. V. (2007). *Relações de gênero e iniciação sexual de mulheres adolescentes*. Revista da Escola de Enfermagem USP, 41(4), 597-604.
- Borges, A. L. V., & Schor, N. (2007). *Homens adolescentes e vida sexual: heterogeneidade nas motivações que cercam a iniciação sexual*. Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ), 23, 225-234.
- Branen, L., & Fletcher, J. (1999). *Comparison of college student's current eating habits and recollections of their childhood food practices*. Journal of Nutrition Education. 31(6), 304-310.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. (2005). *Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2006) *Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brêtas, J. R. S. (2003). *A mudança corporal na adolescência: a grande metamorfose*. Temas de Desenvolvimento, 12(72), 29-38.
- Brown, J. D. (2002). *Mass media influences on sexuality*. Journal of Sex Research, 39(1), 42-52.
- Cabral, J. T. (1995). *A sexualidade no mundo Ocidental*. Campinas: Papirus.
- Cabral, S. (2003). *Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro*. Caderno de Saúde Pública, 19 (2), 283-92.
- Camacho, L. M. Y. (2001). *As sutilezas das faces da violência nas práticas escolares de adolescentes*. Educação e Pesquisa, 27, 123-40.
- Camargo, B. V., & Botelho, L. J. (2007). *Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV*. Revista de Saúde Pública, 41(1), 61-68.
- Cano, M. A. T., Ferriani, M. G. C., & Gomes, R. (2000). *Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 8 (2), 220-226.
- Carvalho, A. M., Rodrigues, C. S., & Medrade, K. S. (2005). *Oficinas em sexualidade humana com adolescentes*. Estudos de Psicologia, 10 (3), 20-27.
- Castro, M. (2004). *Juventudes e Sexualidade*. Brasília: Unesco.
- Cavasin, S., & Arruda, S. (1998). *Educação sexual e comunicação para adolescentes*. In: Vieira, E. M., Fernandes, M. E. L., Bailey, P., & McKay A. (Org). Seminário gravidez na adolescência; 1998 jul 30-31; Rio de Janeiro, RJ: Associação Saúde da Família; p. 110-8.
- Censo Demográfico (2000). *Características da População e dos Domicílios: Resultados do universo*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Chapin, J. (2000). *Third-person perception and optimistic bias among urban minority at-risk youth*. Communication Research, 27, 51-81.
- Conceição, I. S. C. (1988). *Educação sexual*. In: Vitiello, N. (Orgs.), *Adolescência hoje* (pp. 32-49). São Paulo: Roca.
- Contrim-Carlini, B., Gazal-Carvalho, C., & Gouveia, N. (2000). *Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo*. Revista de Saúde Pública; 34: 636-45.
- Costa, J. F. (1999). *Sem fraude, nem favor: estudos sobre o amor romântico*. Rio de Janeiro: Roca.
- Costa, M. C. O. (1986). *Sexualidade na adolescência: dilemas e crescimento* (8º ed.). São Paulo: L & PM Editores.

- Costa, M. C. O. (1998). *Crescimento e desenvolvimento na infância e na adolescência*. In: Costa, M. C. O., & Souza, R. P. (Org.), *Avaliação e cuidados primários da criança e do adolescente* (pp. 35-53). Porto Alegre: ArtMed.
- Costa, E. M. A., & Carbone, M. H. (2004). *Saúde da Família: Uma abordagem interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Rubio.
- De Bem, M. F. L. (2003). *Estilo de Vida e Comportamentos de risco de estudantes trabalhadores do ensino médio de Santa Catarina*. Tese de Doutorado, Curso de Pós-Graduação em Engenharia de Produção – Ergonomia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Diniz, D. (2008). *Aborto e saúde pública: 20 anos de pesquisas no Brasil* - Brasília: UnB. Rio de Janeiro: UERJ.
- Egypto, A. C., & Egypto, M. M. (2000). *Masturbação*. In: *Sexo e Juventude: como discutir a sexualidade em casa e na escola* (pp. 30-34); Bruschini, C. & Barroso, C. (Org.). São Paulo: Cortez Editora.
- Engels, F. (1974). *A Origem da família, da propriedade privada e do Estado*. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira.
- Farias Júnior, J. C. (2002). *Estilo de vida de escolares do ensino médio no município de Florianópolis*. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.
- Ferreira, M. A., Alvim, N. A. T., Teixeira, M. L. O., & Veloso, R. C. (2007). *Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde*. *Texto contexto - enfermagem*, 16(2), 217-241.
- Figueira Junior, A. J., Ferreira, M. B. R., Araújo, T. L., Oliveira, L. C., Andrade, D. R., Andrade, E. L., Matsudo, S. M., & Matsudo, V. R. (2000). *Auto-eficácia e fatores determinantes no envolvimento de adolescentes em atividades físicas de região urbana*. In: Sociedade Brasileira de Ciência e Esporte (Org.), *Anais do XXIII Simposio Internacional de Ciência e Esporte, XXIII*. São Paulo: SBCE.
- Figueiredo, M. A. C. (1993). *Profissionais de Saúde e AIDS. Um estudo diferencial*. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 26(3), 393-407.
- Figueiredo, R. M. M. D. (1998). *Repensando estereótipos e a mulher frente às DST e Aids para ações de saúde*. In: Figueiredo, R. M. M. D. (Org.), *Prevenção às DST e Aids em ações de saúde e educação* (pp. 23-28). São Paulo: Nepaids/USP; 1998.
- Fischer, I. R., & Marques, F. (2001). *Gênero e exclusão social*. *Trabalhos para discussão*, nº 113/2001. Disponível em <http://www.fundaj.gov.br/tpd/113.html>. Acesso em: Janeiro de 2010.
- Fonseca, V. R. J. B. M. (2001) *Desenvolvimento psicológico na deficiência auditiva*. In: Fonseca, V. R. J. B. M (Org.), *Surdez e Deficiência Auditiva: a trajetória da infância a idade adulta*. (pp. 39-57) São Paulo:Casa do Psicólogo.

- Fonseca, R. M. G. S. (2005). *Equidade de gênero e saúde das mulheres*. Rev Esc Enferm USP, 39 (4), 450-9.
- Foracchi, M. M. (1972). *A juventude na sociedade moderna*. São Paulo: Edusp.
- Foucault, M. (1985). *História da Sexualidade III: O Cuidado de Si* (5ª Ed.). Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1994). *História da Sexualidade II: O Uso dos Prazeres* (7ª Ed.). Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1997). *História da Sexualidade I: A Vontade de Saber* (12ª Ed.). Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (2006). *Microfísica do poder* (7º Ed.). Rio de Janeiro: Graal.
- Galduróz, J. C. F., & Caetano, R. (2004). *Epidemiologia do uso do álcool*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 26(1), 3-6.
- Geluda, K., Bosi, M. L. M., Cunha, A. J. L. A., & Trajman, A. (2006). "Quando um não quer, dois não brigam": um estudo sobre o não uso constante de preservativo masculino por adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, 22 (8), 1671-1680.
- Giacomozzi, A. I. (2004). *Confiança no parceiro e proteção frente ao HIV: estudo de representações sociais*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Giddens, A. (1993). *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista.
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social* (5ª Ed). São Paulo: Atlas.
- Gomes, W. A., Costa, M. C. O., Sobrinho, C. L. N., Santos, C. A. S. T., & Bacelar, E. B. (2002). *Nível de informação sobre adolescência, puberdade e sexualidade entre adolescentes*. Jornal de Pediatria, 78(4), 301-8.
- Gonçalves, H. S. (2005). *Juventude brasileira, entre a tradição e a modernidade*. Tempo social, 17(2), 207-219.
- Guerriero, I., Ayres, J. R. C. M., & Hearst, N. (2002). *Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais*. Revista de Saúde Pública, 36 (4), 50-60.
- Guimarães, A. M. A. N., Vieira, M. J., & Palmeira, J. A. (2003). *Informações dos adolescentes sobre métodos anticoncepcionais*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 11 (3).
- Heilborn, M. L. (1998). *A primeira vez nunca se esquece*. Revista Estudo Feminista, 6(2), 394-405.
- Heilborn, M. L., Salem, T., Rohden, F., Brandão, E., Knauth, D., & VÍctora C. (2002) *Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência*. Horizonte Antropológico. 8(17), 13-45.

- Heilborn, M. L. (2006). *Entre as tramas da sexualidade brasileira*. Revista Estudos Feministas, 14 (1), 43-59.
- Hyde, J. S., & Joffee, S. R. (2000). *Becoming a heterosexual adult: The experiences of young women*. Journal of Social Issues, Sum 56(2), 283-296.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2007). Contagem Populacional. Brasil: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/popul/d...>
- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. (2007). *Resultados do Censo Escolar 2006*. Brasília: Ministério da Educação. <http://www.inep.gov.br>
- Jiménez, A. L., Gotlieb, S. L. D., Hardy, E., & Zaneveld, L. J. D. (2001). *Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: associação com variáveis sócio-econômicas e demográficas*. Caderno de Saúde Pública, 17(1), 55-62.
- Johnson, A. M., Mercer, C. H., & Erens, B. (2001). *Sexual behaviour in Britain: partnerships, practices, and HIV risk behaviours*. Lancet, 358, 1835-42.
- Kim, S. Y. S., & Kwiterovich, P. O. (1995). *Childhood prevention of adults chronic diseases: rationale and strategies*. In: Cheung, L. W. Y. & Richmond, J. B. (Org.), Child health, nutrition, and physical activity (pp. 249-273). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Lobato, J. P. (1997). *Amor, desejo e escolha*. Coleção Gênero. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos.
- Longo, L. A. F. (2002). *Juventude e Contracepção: um estudo dos fatores que influenciam o comportamento contraceptivo das jovens brasileiras de 15 a 24 anos*. In: Sociedade Brasileira de Estudos Populacionais (Org.), Anais do XIII da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Belo Horizonte: ABEP.
- Macdonald, B. L. (1999). *Here's to you Mrs. Robinson: Representations of sexual initiation coming of age films and how they limit the imaginary domain of youth*. Dissertation Abstracts International section: A Humanities and Social Sciences, 60(1-A): 0047.
- Mandu, E. N. T. (2001). *Adolescência: saúde, sexualidade e reprodução*. Projeto Acolher. Brasília: Ministério da Saúde / ABEn.
- Mann, J., Tarantola, D. J. M., & Netter, T. (1993). *Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS*. In: Parker R. (Org.), A AIDS no mundo (pp. 276-300). Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Mariano, C. L. S. (2001). *Um estudo sobre os relacionamentos amorosos na adolescência*. Dissertação de Mestrado não publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Estadual de São Paulo. São Paulo.
- Matos, M. G., Simões, C., Carvalho, S. F., Reis, C., & Canha, L. (2000). *Comportamentos de saúde em jovens e idade escolar: investigação, promoção e formação*. Lisboa: Secretaria Regional de Educação de Lisboa.

- Meyer, D. E. E., Klein, C., & Andrade, S. S. (2007). *Sexualidade, prazeres e vulnerabilidade: implicações educativas*. Educação em Revista, 26, 2-10.
- Miranda-Ribeiro, M. P., & Moore, A. (2002). *Já nas bancas: a saúde reprodutiva das adolescentes vista através das revistas Querida e Capricho*. Revista Brasileira de Estudos de População, 19(2), 236-276.
- Miranda, A. E., Gadelha, A. M. J., & Szwarcwald, C. L. (2005). *Padrão de comportamento relacionado às práticas sexuais e ao uso de drogas de adolescentes do sexo feminino residentes em Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2002*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 21 (1).
- Moreira, M. M. (2002). *Adolescentes e Jovens do Sexo Masculino: riscos de contrair HIV/Aids ou DST ou engravidar uma parceira*. In: Décimo Terceiro Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (Org.), Anais do IV Congresso Brasileiro de Prevenção em DST e AIDS. Belo Horizonte: ABEP.
- Narring, F., Wydler, H., & Michaud, P. A. (2000). *First sexual intercourse and contraception: a cross-sectional survey on the sexuality of 16-20-year-olds in Switzerland*. Schweiz Med Wochenschr, 130 (40), 1389-98.
- Nahas, M. V. (2001). *Atividade Física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. Londrina: Editora Midiograf.
- Nelson, A. L., & Shields, W. L. (2005). *Healthy sexuality*. Contraception 71, 399-401.
- Nicolson, P., & Burr, J. (2003). *What is 'normal' about women's (hetero) sexual desire and orgasm? A report of an in-depth interview study*. Social Science and Medicine, 57, 1735-1745.
- Nunesmaia, H. G. S., Caires, S. C., & Cavalcanti, E. E. F. S. (2005). *Características epidemiológicas da primeira gestação em puérperas de João Pessoa - Paraíba – Brasil*. Rev. bras. ciênc. saúde, 9 (2): 139-148.
- Organização Mundial de Saúde (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde. Versão portuguesa “Uma Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública”*, 17-21 Novembro, Ottawa, Canada. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (1998). *A saúde no Brasil. Representação da OPS/OMS no Brasil*. Disponível em: www.opas.org.br
- Ortiz, M. A., & Croxato, H. (2003). *Mecanismos de acción de la anticoncepción de emergencia*. Boletín CLAE, 1(2):2.
- Osório, L. C. (1992). *Adolescente hoje* (2ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Paiva, V. (2002). *Sem mágicas soluções: a prevenção ao HIV e à Aids como um processo de “emancipação psicossocial”*. In: Parker, R. & Terto JR., T. (Org.), Aprimorando o debate: respostas sociais frente à Aids (pp. 20-26). Rio de Janeiro: ABIA.

- Paiva, V., Aranha, F., & Bastos, F. (2008). *Grupo de Estudos em população, sexualidade e AIDS. Opiniões e atitudes em relação à sexualidade: pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005*. Revista de Saúde Pública, 42, 54-64.
- Paiva, V., Calazans, G., Venturi, G., & Dias, R. (2008). *Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros*. Rev. Saúde Pública, 42 (1).
- Pechansky, F., Szobot, C. M., & Scivoletto, S. (2004). *Bases para uma re-significação do trabalho de enfermagem junto ao adolescente*. In: Projeto Acolher (Ogr.), *Adolescer: compreender, atuar, acolher* (pp. 11-19). Brasília (DF): ABEn.
- Reis, A. O. A., & Zioni, F. (1993). *O lugar do feminino na construção do conceito de adolescência*. Revista de Saúde Pública, 6(27), 472-477.
- Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução a Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ritchey, P. N., Reid, G. S., & Hasse, L. A. (2001). *The relative influence of smoking on drinking and drinking on smoking among high school students in a rural tobacco-growing county*. J Adolesc Health, 29, 386-94.
- Romero, K. T., Medeiros, E. H. G. R., Vitalle, M. S., & Wehba, J. (2007). *O conhecimento das Adolescentes sobre questões relacionadas ao sexo*. Revista da Associação Médica Brasileira, 53 (1), 14-9.
- Saldanha, A. A. W. (2003). *Vulnerabilidade e Construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável*. Tese de doutorado – Pós-graduação em Psicologia. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.
- Sanches, K. (1999). *“A Aids e as Mulheres Jovens: Uma Questão de Vulnerabilidade*. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, São Paulo.
- Santos, D. B., & Silva, R. C. (2008). *Sexualidade e normas de gênero em revistas para adolescentes brasileiros*. Saúde e Sociedade, 17(2), 22-34.
- Santos, V., & Santos, S. C. E. (1999). *Adolescentes, Jovens e Aids no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde – Secretaria de Políticas de Saúde.
- Scivolento, S., Tsuji, R. K., Abdo, C. H. N., Queiroz, S., Andrade, A. G., & Gattaz, W. F. (1999). *Relação entre o consumo de drogas e o comportamento sexual de estudantes de 2º grau de São Paulo*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 21, 87-94.
- Seixas, A. M. R. (1998). *Sexualidade feminina: história, cultura, família, personalidade e psicodrama*. São Paulo: SENAC.
- Serra, G. M. A., & Santos, E. M. (2003). *Saúde e mídia na construção da obesidade e do corpo perfeito*. Ciência e Saúde Coletiva, 8(3), 691-701.
- Sgarbieri, A. N. (2005). *Mídia, ideologia e preconceito: Análise do Discurso Crítica*. In: Funck, S. B., & Widholzer, N. R. (Org.), *Gênero em discursos da mídia* (pp. 121-146). Florianópolis: Ed. Mulheres /Santa Cruz do Sul: EDUNISC.

- Silva, L. B. & Abramovay, M. (2007). *Construções sobre Sexualidade na Juventude*. In: Abramovay, M. E. R. A., & Esteves, L. C. G. (Org). *Juventudes: outros olhares sobre a diversidade* (pp. 227-267). Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade: Unesco.
- Souza, M. L. R. (2005), *Violência*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Souza, V. L. C., Corrêa, M. S. M., Souza, S. L., & Beserra, M. A. (2001). *O aborto entre Adolescentes*. *Revista Latino-am Enfermagem*, 9 (2), 42-7.
- Sposito, M. P. (2005). *Algumas reflexões e muitas indagações sobre as relações entre juventude e escola no Brasil*. In: Abramo, H. W., & Branco, P. P. (Orgs.). *Retrato da juventude brasileira: análise de uma pesquisa nacional* (pp. 87-127). São Paulo: Editora Perseu.
- Svare, E. I., Kjaer, S. K., Thomsen, B. L., & Bock, J. E. (2002). *Determinants for non-use of contraception at first intercourse: a study of 10, 841 young Danish women from the general population*. *Contraception*, 66 (5), 345-50.
- Strasburger, V. C. (1999). *Os adolescentes e a mídia: impacto psicológico*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Taquette, S. R., Vilhena, M. M., & Paula, M. C. (2004). *Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal entre adolescentes no Rio de Janeiro*. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (1), 282-290.
- Taquette, S. R., & Vilhena, M. M. (2008) *Uma contribuição ao entendimento da iniciação sexual feminina na adolescência*. *Psicologia em Estudo*, 13 (1), 105-114.
- Tavares, B. F., Béria, J. U., & Lima, M. S. (2001). *Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes*. *Revista Saúde Pública*, 35, 150-8.
- Teixeira, A. M. F. B., Knauth, D. R., Fachel, J. M. G., & Leal, A. F. (2006). *Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual*. *Cad. Saúde Pública*, 22 (7), 1385-1396.
- Tinsley, B. J., Lees, N. B., & Sumartojo, E. (2004). *Child and adolescent HIV risk: familial and cultural perspectives*. *Journal of Family Psychology*, 18 (1), 208-224.
- Torres, G. V., Davim, R. M. B., & Almeida, M. C. S. (1999). *Conhecimentos e opiniões de um grupo de adolescentes sobre a prevenção da AIDS*. *Rev.latino-am.enfermagem*, 7 (2), 41-46.
- U.S. Departament of Health and Human Services. *Center for Disease Control and Prevention. Youth Risk Behavior Surveillance System (BRFSS)*. (1999). Disponível em <<http://www.cdc.gov>> Acesso em: março 2007.
- Vaitsman, J. (2001). *Gênero, identidade, casamento e família na sociedade contemporânea*. In: Muraro, R. M., & Puppim, A. B. (orgs.) (2001). *Mulher, gênero e sociedade*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: FAPERJ.

- Vieira, L. M., Goldberg, T. B. L., Saes, S. O., & Dória, A. A. B. (2007). *Abortamento na adolescência: um estudo epidemiológico*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (5), 1201-1208.
- Villela, W. V. (1999). *Num país tropical, do sexo que se faz ao sexo do qual se fala*. In: Galvão, L., & Díaz, J. (Org.), *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil* (pp. 310-23). São Paulo: HUCITEC/Population Council.
- Villela, W. V., & Arilha, M. (2003). *Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos*. In: Berquó E, (Org). *Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Ed. UNICAMP; p. 95-150.
- Zaluar, A. (1997), "*Gangues, galeras e quadrilhas: globalização, juventude e violência*". In: Vianna, H. (Org.). *Galeras cariocas: territórios de conflitos e encontros culturais* (pp. 17-58). Rio de Janeiro, UFRJ.
- Zugliani, A. P., Motti, T. F. G., & Castanho, R. M. (2007). *O autoconceito do adolescente deficiente auditivo e sua relação com o uso do aparelho de amplificação sonora individual*. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 13, 95-110.

Anexos



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 2ª Reunião Ordinária, realizada no dia 02/04/08 o projeto de pesquisa do(a) interessado(a) Professor(a) Ana Alayde Werba Saldanha, intitulado: "SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE À GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: ESTILO DE VIDA E COMPORTAMENTOS DE RISCO DE ADOLESCENTES PARAIBANAS". Protocolo nº. 0908.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionado à apresentação do resumo do estudo proposto à apresentação do Comitê.

Universidade Federal da Paraíba
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social

ESCOLA:

SÉRIE:

DATA:

CIDADE:

APLICADOR

Caro aluno,

Este questionário sobre comportamentos de saúde está sendo aplicado a estudantes do ensino médio de escolas públicas e particulares do Estado da Paraíba.

As informações sobre o que você faz e como isso pode afetar sua saúde servirão para conhecer e retratar melhor a realidade dos adolescentes do nosso Estado.

O questionário é **anônimo**. Desta forma, você estará protegido, isto é, ninguém vai saber que pessoa respondeu cada questionário. Os questionários serão enviados diretamente para a Universidade Federal da Paraíba, na cidade de João Pessoa, e ninguém da sua escola terá acesso a eles.

Este questionário se refere **às suas experiências de vida, como vocês pensam e agem**. Não existem respostas certas ou erradas para as questões, por isso a sua sinceridade é muito importante ao respondê-las. As perguntas são sempre individuais e dizem respeito apenas a você. Evite pedir ajuda ou fazer comentários com amigos ou colegas durante o questionário.

Leia com atenção cada pergunta e suas opções de resposta. **Não deixe de responder a nenhuma questão. Em cada questão, assinale apenas uma alternativa**, que considerar a mais apropriada. **Não deixe de responder a nenhum item**.

Você não é obrigado a participar da pesquisa. Se você não quiser participar, por favor, deixe seu questionário em branco.

Agradecemos sua colaboração!

Declaro estar esclarecido sobre os termos apresentados, concordando em participar da pesquisa.

João Pessoa, ____/____/____.

Assinatura do Aluno

Este primeiro bloco de perguntas que você vai responder busca conhecer as características dos alunos desta escola.

1. Cidade onde você mora: _____ Bairro: _____

2. Qual é o seu sexo? 1. ☐ FEMININO

2. ☐ MASCULINO

3. Qual é a sua idade? _____ ANOS E _____ MESES

4. Qual a cor da sua pele?

1. ☐ BRANCA

2. ☐ NEGRA

3. ☐ PARDA

4. ☐ AMARELA/INDÍGENA



5. Você segue alguma religião?

1. ☐ SIM . QUAL? _____ (ESCREVA POR EXTENSO)

2. ☐ NÃO

6. Quanto você se considera religioso?

() NADA RELIGIOSO () POUCO RELIGIOSO () RELIGIOSO () MUITO RELIGIOSO

7. Qual série você está cursando?

1. ☐ 1ª SÉRIE DO ENSINO MÉDIO (2º GRAU)

2. ☐ 2ª SÉRIE DO ENSINO MÉDIO (2º GRAU)

3. ☐ 3ª SÉRIE DO ENSINO MÉDIO (2º GRAU)

8. Você é:

1. ☐ SOLTEIRO

2. ☐ CASADO/MORA JUNTO

3. ☐ SEPARADO

4. ☐ VIÚVO

9. Você tem filhos? () Não () Sim – Quantos? _____

10. Com quais pessoas você mora?

	SIM	NÃO
Com seu pai	1. ☐	2. ☐
Com sua mãe	1. ☐	2. ☐
Com seu padrasto	1. ☐	2. ☐
Com sua madrasta	1. ☐	2. ☐
Com seus avós	1. ☐	2. ☐
Com outros parentes	1. ☐	2. ☐
Com seus amigos/colegas	1. ☐	2. ☐
Com seus irmãos	1. ☐	2. ☐
Sozinho	1. ☐	2. ☐
Com seu marido/sua esposa	1. ☐	2. ☐



11. Você trabalha ou já trabalhou fora de casa?

1. ☐ SIM, RECEBENDO SALÁRIO/REMUNERAÇÃO

2. ☐ SIM, SEM RECEBER SALÁRIO/REMUNERAÇÃO

3. ☐ NUNCA TRABALHEI

12. Como você descreve sua saúde em geral?

☐ MUITO FRACA ☐ FRACA ☐ BOA ☐ MUITO BOA ☐ EXCELENTE

13. Como você avalia sua vida atualmente?

☐ MUITO RUIM ☐ RUIM ☐ BOA ☐ MUITO BOA ☐ EXCELENTE

As próximas perguntas falam sobre o corpo.

14 - Qual seu peso? _____ **15 - E sua altura?** _____

16 - Como você descreve seu peso?

☐ Muito magro ☐ magro ☐ normal ☐ gordo ☐ muito gordo

17 - . O que você está tentando fazer sobre seu peso?

☐ Perder peso ☐ Ganhar peso ☐ Não estou tentando fazer nada.

18. Você alguma vez já praticou atividade física para perder peso ou se privar de ganhar peso?

☐ Sim ☐ Não

19 – Você já fez dieta para perder peso?

☐ Já fiz ☐ Estou fazendo ☐ Não

20 – Você já ficou sem comer (jejum) durante 24 horas (um dia) para perder peso?

☐ Não ☐ Algumas vezes ☐ Faço sempre

21 - Você já usou algum medicamento por conta própria, ou seja, sem receita médica, para perder peso?

☐ Não ☐ Algumas vezes ☐ Sempre

22 - Você já provocou vômito ou fez uso de laxantes para perder peso ou se privar de ganhar peso?

☐ Não ☐ Algumas vezes ☐ Sempre

23 – Você já fez uso de esteróides anabolizantes (bomba) para ganhar massa e músculos rapidamente?

☐ Já fiz ☐ Estou fazendo ☐ Não

24 – Se você já fez ou está fazendo, foi indicado por quem?

☐ Treinador ☐ Amigo ☐ Farmácia ☐ Médico ☐ Ninguém ☐ Outros: _____

As próximas 3 perguntas falam de tentativa de suicídio. Às vezes as pessoas sentem-se tão deprimidos sobre o futuro que eles podem querer se matar...

25. Você já pensou em se matar? ☐ Sim ☐ Não

26. Você, alguma vez, já fez um plano de como você se mataria? ☐ Sim ☐ Não

As próximas 5 questões perguntam sobre o cigarro.

27. Você, alguma vez, tentou se matar? () Sim () Não
28. Você, alguma vez, fumou um cigarro inteiro? () Sim () Não
29. Quantos anos você tinha quando fumou um cigarro inteiro pela primeira vez? _____
30. Quantos cigarros você fuma por dia? _____
31. Como você normalmente adquire seus próprios cigarros?
- (Só selecione uma resposta.)
- () Eu não fumei cigarros
- () Eu os comprei
- () Eu dei para outra pessoa dinheiro para os comprar para mim
- () Eu pedi (filei) para outra pessoa
- () Eu os adquiri algum outro modo
32. Você sempre fuma pelo menos um cigarro por dia? () Sim () Não

As próximas perguntas questionam sobre bebida alcoólica. Isso inclui cerveja, vinho, cachaça, vodka, rum, enfim, qualquer tipo de bebida que contenha álcool.

33. Você alguma vez já tomou uma bebida alcoólica? (Pelo menos um copo)
- () Sim () Não
34. Quantos anos você tinha quando você tomou seu primeiro copo de bebida alcoólica? _____
- 35 - De um mês para cá, quantas vezes você tomou alguma bebida alcoólica?
- () Nenhuma Vez () De 1 A 5 Vezes () De 6 Ou Mais Vezes
- 36 – Qual o principal motivo que o leva a beber?
- () O álcool me desinibe e ajuda no relacionamento com as pessoas
- () O álcool me ajuda para ter relações sexuais.
- () O álcool faz com que me sinta mais simpático, alegre e animado.
- () O álcool me faz esquecer as coisas ruins e tudo fica melhor.
- () O álcool faz tudo parecer mais fácil.
- () Para sentir-se aceito por um grupo de amigos ou por influência dos amigos
- () Outro motivo: _____
- 37 – O que já aconteceu quando você estava sob efeito do álcool?
- () Nada () Prática sexual
- () Brigas () Acidente de trânsito
- () Fiz algo que não faria se não tivesse bebido () Outro: _____
- () Ressaca

As próximas 3 perguntas questionam sobre o uso de maconha.

38. Você alguma vez usou maconha? () Sim () Não

39. Quantos anos você tinha quando você experimentou maconha pela primeira vez? _____

40. Qual o motivo que o leva a usar a maconha?

- () A maconha me desinibe e ajuda no relacionamento com as pessoas
- () A maconha me ajuda para ter relações sexuais.
- () A maconha faz com que me sinta mais simpático, alegre e animado.
- () A maconha me faz esquecer as coisas ruins e tudo fica melhor.
- () A maconha faz tudo parecer mais fácil.
- () Para sentir-se aceito por um grupo de amigos ou por influência dos amigos
- () Outro motivo: _____

As próximas 4 perguntas questionam sobre o uso de outras drogas.

1. Você alguma vez usou algum outro tipo de droga (cocaína, crack, extasy, ponto ou outras)?

() Sim – Qual? _____ () Não

42. Você já cheirou cola, ou respirou os conteúdos de latas de spray, ou inalou qualquer pintura ou spray?

() Sim – Qual? _____ () Não

43. Você alguma vez usou uma agulha para injetar alguma droga ilegal em seu corpo?

() Sim () Não

44. Qual o motivo que o leva a usar esta droga?

- () porque me desinibe e ajuda no relacionamento com as pessoas
- () porque me ajuda para ter relações sexuais.
- () porque faz com que me sinta mais simpático, alegre e animado.
- () porque me faz esquecer as coisas ruins e tudo fica melhor.
- () porque faz tudo parecer mais fácil.
- () Para sentir-se aceito por um grupo de amigos ou por influência dos amigos

Agora vamos falar sobre "ficar", namorar, transar...

Lembre que ninguém saberá o que você disse, em nada constará o seu nome.

() Outro motivo: _____

45. Você já teve relação sexual? () Sim () Não Se você respondeu "não", passe para o item 54.

46 – Com que idade você teve a primeira relação sexual? _____ anos

47 – Que idade tinha a pessoa com quem você teve a primeira relação sexual? _____ anos.

48 – Na primeira vez que você transou, você usou camisinha? () Sim () Não

49. Com quantas pessoas você já teve relações sexuais?

☐ 1 pessoa

☐ 2 pessoas

☐ 3 pessoas

☐ 4 ou mais pessoas

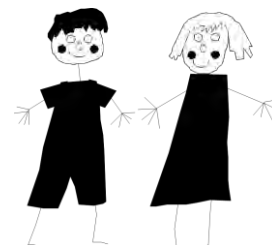
50 – Quando foi a última vez que você teve relação sexual?

☐ Há menos de um mês

☐ De 1 a 2 meses

☐ de 3 a 4 meses

☐ (...) mais de 5 meses



51 – Foi usada camisinha nesta última relação?

☐ Sim

☐ Não

52 – Você já contraiu alguma doença sexualmente transmissível (DST)?

☐ Sim – Qual? _____

☐ Não

53 – Pensando em todas vezes que você já transou, você:

☐ sempre usou camisinha

☐ algumas vezes usou camisinha

☐ nunca usou camisinha

54 – Com quem é importante transar usando camisinha? Pode responder mais de uma.

☐ namorado

☐ marido

☐ amigo

☐ profissionais do sexo

☐ ficante

☐ com quem não conhece

☐ Outro – Qual? _____

55 – Só para meninas: Com que idade você teve a primeira menstruação? _____

56 - Você conhece métodos para evitar gravidez (anticoncepcionais)?

☐ Não

☐ Sim – quais: _____

57 - Você ou sua namorada já engravidou? ☐ Sim ☐ Não

58 - Você ou sua namorada já teve um aborto? ☐ Sim ☐ Não

As próximas questões falam sobre a Aids. Pense em você e na sua vida e responda

59 – Em sua avaliação, qual a chance de você pegar Aids?

☐ Bastante Possível

☐ Possível

☐ Quase impossível

☐ Impossível

60 – Qual a chance de um amigo ou amiga sua pegar Aids?

☐ Bastante Possível

☐ Possível

☐ Quase impossível

☐ Impossível

61 – Você conhece alguém que tem Aids?

☐ Sim. Quem? _____

☐ Não

62 – Você é capaz de se proteger do vírus da Aids? ☐ Sim. ☐ Não.

63 – Se meu destino for pegar Aids, não adianta fazer nada que eu pego.

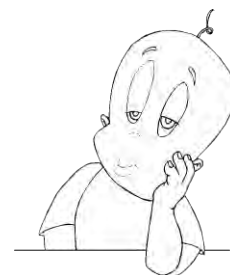
☐ Concordo totalmente

☐ Concordo

☐ Discordo

☐ Discordo totalmente.

64 – Você recebe informações sobre a prevenção da Aids?



() Sim. Onde? _____ () Não

As próximas perguntas são sobre amor e relacionamento. Responda como você pensa

65. Você inclui o casamento nos seus planos de vida?

- () Sim () Sim, mas só se aparecer um grande amor
() Não () Não sei ainda

66. O que você considera que é necessário para um relacionamento dar certo?

- () Fidelidade () Confiança mútua
() Objetivos comuns () Simplesmente amor
() Amizade () Sexo
() Outro. Qual? _____

67. O que você considera mais necessário para ser feliz?

- () Família unida
() Ficar com quem ama
() Realização financeira
() Realização profissional
() Outro. Qual? _____

Agora você vai dizer se concorda ou não com as seguintes afirmações:

68. É melhor ficar do que namorar.

- () Concordo totalmente () Concordo () Discordo () Discordo totalmente

69. Não precisa amar para transar.

- () Concordo totalmente () Concordo () Discordo () Discordo totalmente

70. A mulher pensa mais nas conseqüências da transa do que o homem.

- () Concordo totalmente () Concordo () Discordo () Discordo totalmente

71. O homem só pensa em sexo.

- () Concordo totalmente () Concordo () Discordo () Discordo totalmente

72. O homem tem mais necessidade de sexo do que as mulheres.

- () Concordo totalmente () Concordo () Discordo () Discordo totalmente

73. É difícil convencer meu namorado ou namorada a usar camisinha.

- () Concordo totalmente () Concordo () Discordo () Discordo totalmente

74. É importante para a mulher casar virgem.

- () Concordo totalmente () Concordo () Discordo () Discordo totalmente

MUITO OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO!



Ela é muito importante para ajudar a entender o estilo de vida dos adolescentes. No próximo ano, todas as escolas visitadas receberão os principais resultados desta pesquisa, que poderá contribuir para melhorar a saúde e qualidade de vida dos jovens.

